5

سلسلة غير العاديين

قضايا معاصرة فى التربية الخاصة

أ.د. عادل عبدالله محمد

أستاذ التربية الخاصة
ورئيس قسم الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة الزقازيق



دار الرشاد

قضايا معاصرة
فى التربية الخاصة

بطاقة فهرسة
فهرسة أثناء النشر إعداد الهيئة العامة لدار الكتب المصرية
إدارة الشئون الفنية
محمد ، عادل عبد الله.
قضايا معاصرة فى التربية الخاصة / عادل عبد الله محمد . ــ ط ١ . ـ
القاهرة : دار الرشاد ، ٢٠١٠.
٢٨٠ ص؛ ١٧x ٢٤ سم . - (سلسلة غير العاديين ؛ ٥)
تدمك 978-977-364-125-0
١ـ المعوقون .
أـ العنوان ٣٦٢,٤

الناشـــــــر : دار الرشاد
العنـــــوان : ١٤شارع جواد حسنى – القاهرة
تليفاكـــــس: ٢٣٩٣٤٦٠٥
بريد إلكتروني: Dar_al rashad @ hotmil.com
رقـم الإيداع : ٢٠١٠/١٦٣٢٦
الطبـــــع : عربية للطباعة والنشر
العنـــــوان : ٧ & ١٠ ش السلام ــ أرض اللواء- المهندسين
تليفـــــون : ٣٣٢٥٦٠٩٨ - ٣٣٢٥١٠٤٣
الطبعة الأولى: ١٤٣٢هـ - ٢٠١١م
الغلاف للفنان: عبادة الزهيرى

5

سلسلة غير العاديين

قضايا معاصرة في التربية الخاصة

أ. د. عادل عبد الله محمد

أستاذ التربية الخاصة

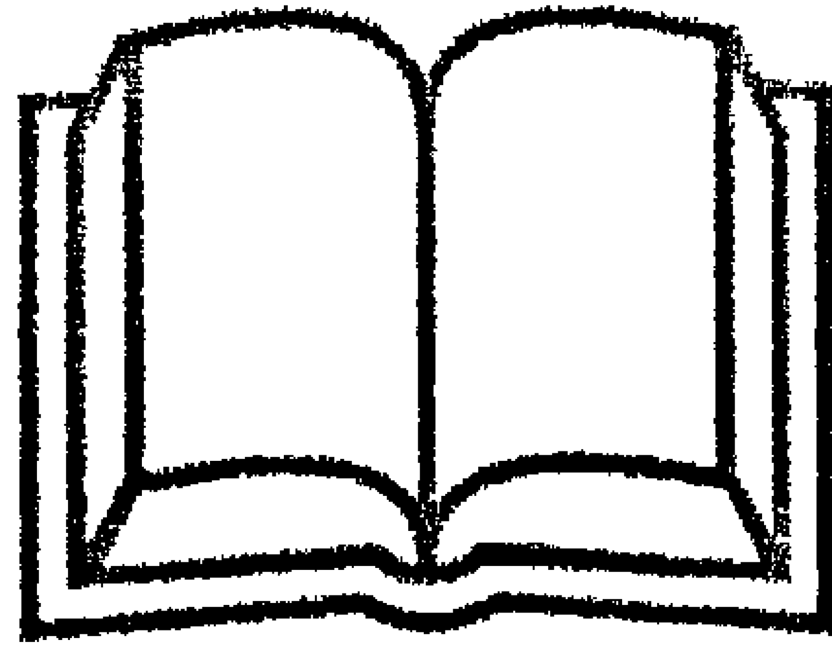
ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة الزقازيق



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

إهـــــــداء



إلى زوجتي .. وأولادي ..

إلى أساتذتي .. وتلاميذي ..

إلى كل المهتمين بقضايا التربية الخاصة ..

مقدمة

الحمد لله رب العالمين .. الذي خلق الإنسان في أحسن تقويم .. وأمده بسبل وأساليب العيش وإمكاناته .. وسخر له جميع مخلوقاته .. بل وفضله عليهم جميعاً بما فيهم الملائكة حيث أمر الملائكة أن يسجدوا لآدم .. وأمرنا بالتراحم .. والتواد .. والمحبة .. وأن نحفظ للإنسان كرامته .. وآدميته .. وأن نعامل بعضنا البعض بالقدر الذي كرمنا به الله سبحانه وتعالى .. إذ لا يجوز أن يكرمنا الله وأن نهين نحن بعضنا البعض .. وأن يسخر بعضنا من بعض لأي سبب وقد نهانا الله سبحانه عن ذلك .. أو أن يظلم بعضنا البعض لسبب أو لآخر وقد نهينا عن الظلم .. كما أخبرنا سبحانه وتعالى في محكم تنزيله أن من بين خلقه الكثيرين من ذوي الإعاقات المختلفة كالأعمى .. والأصم .. والأعرج .. والمريض .. وهو ما ورد في العديد من آيات القرآن الكريم .. كما أوضح لنا سبحانه ذلك الأسلوب الذي يجب علينا أن نتعامل به معهم إذ عاتب نبيه ومصطفاه صلى الله عليه وسلم أن عبس وتولى حينما جاءه الأعمى .. بل ورفع الله عن هؤلاء الأفراد الحرج .. وهو الأمر الذي يدفعنا إلى أن نكون حريصين على الاهتمام بهم .. وأن نكون رحماء بهم .. وأن نعمل على تقديم العون والمساعدة التي تلزمهم حتى نخفف عنهم .. ونشعرهم بقدر من السعادة .. والصلاة والسلام على سيدنا محمد صلى الله عليه وعلى آله وصحبه وسلم .. الذي أخبرنا أن الرحمة إنما تتنزل علينا بضعفائنا ومنهم أولئك الأفراد ذوي الإعاقات ..

وبعـــــــد ،،،

يشهد ميدان التربية الخاصة في وقتنا الراهن اهتماماً غير مسبوق بقضايا الإعاقة والأفراد ذوي الإعاقات، ونتيجة لذلك فقد ظهرت قضايا عديدة لم تكن لتظهر لولا هذا الاهتمام . وفي الواقع فإن مثل هذه القضايا إنما تعمل في مجملها

على أن تسهم في التخفيف عن الأفراد ذوي الإعاقات، وتعديل سلوكهم، والوصول بهم إلى قدر معقول من جودة الحياة على أثر ضمان عدم التحيز ضدهم بسبب تلك الإعاقة التي يعانون منها، ومن ثم يصير من الضروري أن نساعدهم على الاندماج بصورة كلية شاملة في المجتمع، وفي الحياة بكل ما فيها ومن فيها . ولذلك لا بد من مساعدتهم على استغلال بقايا قدراتهم، وجوانب قوتهم، والحد من نواحي القصور وهو الأمر الذي يمكن أن تسهم فيه التكنولوجيا الحديثة إلى حد كبير فتساعدهم على أن يحيوا حياة طبيعية، ومن ثم يمكن لبعضهم أن يتزوج، وأن يقوم بتكوين أسرة .

ويعرض الكتاب الذي بين أيدينا لأهم وأحدث هذه القضايا حيث يتناول خمساً منها تدور حول التكنولوجيا المساعدة، والاضطرابات الكروموزومية والتدخل المبكر، والشروط والمتطلبات اللازمة لنجاح الدمج الشامل لهؤلاء الأفراد في مدارس التعليم العام، وزواج الأفراد ذوي الإعاقات كإحدى أهم هذه القضايا وأخطرها، ثم أخيراً التأهيل المرتكز على المجتمع . وعلى هذا الأساس فإن **الفصل الأول** يتناول استخدام التكنولوجيا الحديثة مع الأفراد ذوي الإعاقات حيث شهد الخمس الخير من القرن الماضي على وجه التحديد حدوث تطورات تكنولوجية هائلة كان لها انعكاساتها في ميدان التربية الخاصة، ونتج عنها حدوث تغيرات جذرية في أساليب تشخيص وتقييم الأفراد ذوي الإعاقات بشكل عام، وحدوث تغيرات مماثلة في أساليب تعليمهم، وأساليب التعامل معهم، بل وفي أساليب التدخل المستخدمة معهم بصفة عامة مما ساهم بدرجة كبيرة في مساعدتهم على تحقيق الاستفادة القصوى من تلك التطورات، ومساعدتهم في تحقيق الدمج الشامل لهم مع أقرانهم ممن لا يعانون من الإعاقات وذلك في المدرسة، وفي مجالات العمل، بل وفي المجتمع عامة . ووفقاً لذلك فقد تناولنا هذا الأمر في ثلاثة محاور أساسية تضم استخدام التكنولوجيا الحديثة في تشخيص وتحديد الإعاقات المختلفة، واستخدام تلك التكنولوجيا الحديثة في غرف المصادر ، واستخدام التكنولوجيا المساعدة في ميادين الحياة المختلفة بصفة عامة .

ويتناول **الفصل الثاني** قضية أخرى هي الاضطرابات الكروموزومية والإعاقة العقلية وذلك فيما يتعلق بقضايا التشخيص، والتقييم، وعرض البروفيل المميز لكل اضطراب كروموزومي، والتدخل المبكر . ويعد كل نمط من تلك الاضطرابات

شكلاً أو نمطاً من أشكال وأنماط الإعاقة العقلية التي تعد في حد ذاتها من المشكلات الخطيرة التي يمكن أن تواجه الفرد، والتي يتمثل أثرها المباشر في تدني مستوى أدائه الوظيفي العقلي وذلك إلى الدرجة التي تجعله يمثل وجها أساسياً من أوجه القصور العديدة التي يعاني منها ذلك الفرد حيث أن الجانب العقلي رغم ما يعانيه هذا الفرد من مشكلات متعددة يعد هو أصل الإعاقة التي يعاني منها، والتي تترتب عليها مشكلات جمة في العديد من جوانب النمو الأخرى، وفي غيرها من المهارات المختلفة التي تعد ضرورية كي يتمكن الطفل من العيش أو التعايش مع الآخرين، وتحقيق التوافق معهم، والتكيف مع البيئة المحيطة .

ومما لا شك فيه أن هناك أنماطاً متعددة للإعاقة العقلية بمعنى أن الأمر لا يقف عن حدود نمط واحد بعينه تشير إليه مثل هذه الإعاقات وتعكسه، بل يتخطاه إلى ما هو أكثر من ذلك، فتعدد مثل هذه الأنماط وإن ظلت هناك أنماط ثلاثة رئيسية تعد هي الأكثر انتشاراً بينها وذلك على مستوى العالم بأسره، وهناك مثلها على الأقل من الأنماط الأقل انتشاراً أو غير الشائعة . وقد تتأثر مثل هذه الأنماط بعوامل أو أسباب معينة تعد مشتركة بينها جميعاً، كما أن هناك إلى جانب ذلك أسباباً خاصة بكل نمط من تلك الأنماط . ومع أن تلك العوامل تعد في الأصل إما عوامل وراثية، أو بيئية فإنها مع ذلك تنقسم إلى ثلاثة أنماط أساسية من العوامل هي تلك العوامل التي يتمركز أثرها خلال مرحلة ما قبل الولادة، ومثيلاتها التي يكون لها الأثر أثناء الولادة، وتلك العوامل التي يكون لها الأثر المباشر في مرحلة ما بعد الولادة . ويعتمد تشخيص تلك الإعاقة في الأساس على اختبارات الذكاء الفردية للأطفال، واختبارات السلوك التكيفي . وهناك أساليب متعددة للتدخل تتضمن برامج مختلفة، واستراتيجيات متنوعة تختلف من نمط إلى آخر من أنماط الإعاقة العقلية وإن ظل التدخل المبكر هو الأفضل بالنسبة للطفل والأسرة والمجتمع على حد سواء . وهناك أربعة أنماط أساسية من تلك الاضطرابات الكروموزومية يتم يتناولها على امتداد ذلك الفصل وهي تلك الاضطرابات التي تتمثل فيما يلي :

- متلازمة أعراض داون. *Down`s syndrome*
- متلازمة وليامز. *Williams` syndrome*
- متلازمة الكروموزوم X الهش. *Fragile X syndrome*

- متلازمة برادر- ويلي . *Prader- Willi syndrome*

ومن جانب آخر يعرض **الفصل الثالث** لتلك الشروط والمتطلبات التي تعد ضرورية ولازمة لدمج الطلاب ذوي الإعاقات مع أقرانهم غير المعوقين في مدارس التعليم العام حيث شهد عقدا الثمانينيات والتسعينيات من القرن الماضي تغيرات عديدة وجذرية في تعليم الأفراد ذوي الإعاقات، كما أن التفكير الراهن يدل أيضاً على أن هذا المجال قد أضحى ممهداً لحدوث المزيد من التغيرات وذلك منذ بدايات القرن الحادي والعشرين . ويتمثل أحد الأمور والاتجاهات الهامة والأساسية بالنسبة للقرن الجديد في التحرك باتجاه الدمج الشامل للأطفال ذوي الإعاقات مع أقرانهم غير المعوقين في مدارس التعليم العامّ حيث أن ذلك من وجهة نظر العديد من المختصين يعد هو الأساس الحقيقي لدمجهم في المجتمع الأكبر فيما بعد إذ أنه سوف يكون من الصعب دمجهم دون ذلك . ويعد دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم غير المعوقين منذ مرحلة الروضة في واقع الأمر هو الأساس لدمجهم في المجتمع فيما بعد .

وقد شهد الواقع في مصر محاولة سابقة إلى الدمج تمثلت في الدمج الجزئي بين الطرفين وذلك خلال حصص النشاط . وبشكل عام فإنها كمحاولة لم يكتب لها النجاح، وانتهت إلى ما يعرف بالفصول الملحقة . وربما يرجع ذلك إلى عدم التخطيط الجيد لها حتى يكتب لها النجاح . ومرة أخرى عادت آراء جديدة تنادي بقوة بضرورة اللجوء إلى الدمج الشامل لهؤلاء الأطفال في مدارس التعليم العام، ونحن نرى أننا بذلك قد أصبحنا أمام مشكلة عويصة وخطيرة لعدم توفر تلك المتطلبات اللازمة لنجاح مثل هذه التجربة، وإلا فسوف تكون النتيجة أسوأ مما وصلنا إليه بخصوص الدمج الجزئي حيث لابد من توفير العديد من المتطلبات اللازمة لنجاح مثل هذه التجربة فضلاً عن تهيئة المجتمع بأسره لتقبلها والإسهام في نجاحها .

ونحن نرى أن نجاح هذا الأمر إنما يعد رهناً بتوفير تلك المتطلبات اللازمة لنجاح مثل هذه التجربة رغم أهميتها بالنسبة للتنمية البشرية، وإلا فسوف تكون النتيجة أشبه بما حدث بالنسبة للدمج الجزئي، ما لم تكن أسوأ . وفي هذا الصدد فنحن نؤكد أن هناك العديد من المتطلبات اللازمة لنجاح مثل هذه التجربة، ونجاح

سياسة التنمية البشرية معهم يمكن أن نوجزها في عشرة متطلبات يعرض الفصل لها بالتفصيل هي المعلم، والمدارس، والأثاث والتجهيزات، والمناهج الدراسية، والمواءمات التي يتطلبها التقييم، واستخدام ممارسات معينة ترتبط بالدمج، واستخدام التكنولوجيا الحديثة، وتعديل ثقافة المجتمع فيما يتعلق بمثل هؤلاء الأفراد، وتهيئة أولياء أمور الأطفال غير المعوقين وأطفالهم لذلك فضلاً عن أولياء أمور الأطفال المعوقين أيضاً، كما يتطلب الأمر أخيراً التأييد القانوني اللازم لذلك والذي يفرض على الجميع التحرك في إطار قانوني ملزم لجميع الأطراف دون أي محاولة لتفسير الأمر من جانب الأفراد أو إبداء أي نوع من التحفظات على تلك السياسة .

أما **الفصل الرابع** فيتناول قضية خطيرة وغاية في الأهمية هي قضية زواج الأفراد ذوي الإعاقات سواء من داخل وسط الإعاقات بشكل عام أو من خارجه . ومع تسليمنا بأن الله سبحانه وتعالى قد شرع الزواج حتى يمكن أن تستمر الحياة على الأرض، ويستمر الإنسان في القيام بالهدف الذي خلقه الله سبحانه من أجله وهو عمارة الكون، وأن الله قد أوجد في الإنسان دافعين يندرج كلاهما في إطار الدوافع الفطرية أو الأولية وهي تلك الدوافع التي لا تتطلب التعلم حيث يولد الإنسان مزوداً بها، والتي تعمل إما للحفاظ على الحياة، أو للحفاظ على النوع فإن هذين الدافعين كليهما إنما يعملان وفق هذا الهدف الأخير فيختصان في الواقع بالحفاظ على النوع، ويتمثل هذان الدافعان في دافع الجنس، ودافع الأمومة أو الأبوة فإننا نرى إذن أن الهدف من الزواج إنما يتمثل في التناسل، بل والأهم من ذلك هو تحسين النسل . ومن ثم فإذا نظرنا إلى تلك القضية من زاوية تحسين النسل فإننا سنواجه بأمور خطيرة حيث سيكون من الأكثر احتمالاً ألا يتحقق مثل هذا الأمر ، بل إن النتيجة التي يمكن أن يسفر عنها مثل هذا الزواج قد تتمثل في الغالب في زيادة أعداد الأفراد ذوي الإعاقات بما يمكن أن يحمله ذلك من أعباء على هؤلاء الأفراد أنفسهم، وعلى أفراد المجتمع ككل، بل وعلى المجتمع ذاته .

وعلى هذا الأساس تصبح هناك قضية هامة بخصوص هذا الموضوع الأساسي تواجهنا، ويصير علينا أن نجد الحل المناسب لها . وتتعلق هذه القضية في الواقع بإمكانية أن يتزوج الفرد الذي يعاني من إعاقة معينة، أم أنه يجب ألا يتزوج، أو أن

الأمر كما يدعي البعض هو أن الكثيرين من هؤلاء الأفراد لا يصح لهم أن يتزوجوا . وفي هذا المضمار فإننا نجد أن كل رأي من هذه الآراء جميعها له مؤيدوه، وله مناوئوه . ووفقاً لذلك هناك من يرى أنهم ينبغي ألا يتزوجوا، ويقدمون أسبابهم في ذلك بغض النظر عما إذا كانت مقنعة أم لا، وهناك من يرى أن منهم من لا يمكنهم أن يتزوجوا، ويبررون وجهة نظرهم تلك، وهناك من يرى من جهة ثالثة أن بوسعهم أن يتزوجوا، وأن ينجبوا، وليس في ذلك حرج، ويقدمون مبررات لرأيهم هذا . ونحن نرى أن نتناول هذا الموضوع بصورة مغايرة، وألا نكون مع هذا الفريق أو ذاك، أو ضد هذا الرأي أو ذاك حيث نرى أن نفكر في الأمر من كل زواياه بشكل علمي ومنطقي، وأن نتناول شروط ومقومات الزواج الناجح، ثم نقوم بقياس وضع الأفراد ذوي الإعاقات على كل منها، ومن ثم فإننا يمكن أن نصل في النهاية إلى رسم بروفيل معين لكل فئة من تلك الفئات في هذا الصدد، ونترك الفرصة لنا جميعاً لكي نقرر في ضوء ذلك هل يتزوجوا أم لا .

ووفقاً لتلك الرؤية يصبح علينا أن نتدبر تلك المتطلبات والشروط التي يتوقف عليها نجاح الزواج بصفة عامة، وتحقيق التوافق الأسري بين طرفي العلاقة الزوجية . وحينئذ سوف تتشكل أفكارنا ومفاهيمنا وأحكامنا حول إمكانية أن يتم الزواج بين أعضاء هذه الفئات سواء داخل الفئة الواحدة، أو بين الفئات المختلفة، أو بينها وبين أعضاء آخرين من خارج هذه الفئات . وهنا فإننا نتناول كلاً من هذه الأمور أو الشروط والمتطلبات، ونعرض له بالتحليل أولاً، ثم نقيس عليه الأمر بعد ذلك بالنسبة لكل فئة من فئات ذوي الإعاقات حتى تتضح لنا على أثر ذلك إمكانية أن يتم مثل هذا الزواج . وتتمثل تلك الأمور أو الشروط والمتطلبات في عشرة متطلبات يعرض الفصل لها بالتفصيل هي :

١- التقبل .
٢- حسن المعاشرة .
٣- القوامة .
٤- المهنة وما يرتبط بها من مكانة .
٥- الدخل اللازم للإنفاق على الأسرة .
٦- الجنسية . *sexuality*

٧- أوجه القصور ذات الصلة بالجهاز التناسلي لدى بعض هذه الفئات .
٨- النضج الجنسي .
٩- القدرة على تحقيق الإشباع الجنسي .
١٠- التناسل وتحسين النسل .

ويعرض **الفصل الخامس** والأخير لقضية هامة تتعلق بأحدث الاتجاهات التي برزت على السطح في موضوع تأهيل الأفراد ذوي الإعاقات وهي تلك القضية التي تتمثل في التأهيل المرتكز على المجتمع . *community- based rehabilitation CBR* ومن المعروف في هذا الصدد أن التأهيل بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقات يعد من الأمور الضرورية والتي تحتل درجة كبيرة من الأهمية وذلك في سبيل إعدادهم للحياة في المجتمع، ومساعدتهم على الاندماج مع أعضاء هذا المجتمع حيث يتم بواسطته علاج بعض أوجه القصور التي يعانون منها، وتنمية بعض جوانب القوة التي تميزهم، واستغلالها الاستغلال الأمثل حتى يتم تحقيق الأهداف المنشودة في هذا الإطار . وقد يتراوح التأهيل المنشود بين تأهيل اجتماعي، وتأهيل صحي، وتأهيل تربوي، وتأهيل مهني، أو قد يمثل كل ذلك جوانب محددة، أو مكونات تتضمنها عملية التأهيل التي يتم تقديمها في هذا الإطار.

ومنذ ما يقارب ثلاثة عقود من الزمان تقريباً ظهر اتجاه جديد في تأهيل الأفراد ذوي الإعاقات يعتمد على دمجهم في مجتمعاتهم المحلية، ويساعدهم على المشاركة الفعالة في شئون تلك المجتمعات على أن يتولى القيام بذلك مصادر أو داعمون من هذه المجتمعات المحلية إلى جانب أخصائيون ومشرفون توكل إليهم الحكومة مهمة الإشراف على تلك العملية برمتها في الوقت الذي تتولى فيه الحكومة مهام التخطيط لذلك التأهيل، وتنفيذه، والتعاون مع المجتمعات المحلية في سبيل ذلك إلى جانب تقييم هذا النسق برمته . ويعرف ذلك الاتجاه في واقع الأمر باسم التأهيل المرتكز على المجتمع *community- based rehabilitation CBR* ويعتمد بالدرجة الأولى على إمكانات المجتمع المحلي الذي يتم فيه مثل هذا التأهيل دون الحاجة إلى الحصول على أي مصادر أخرى من أي مجتمع محلي آخر مما جعله ينتشر بسرعة ويزدهر وخاصة بين الدول النامية والتي لا تتوفر فيها الإمكانات المادية التي تحظى بها الدول المتقدمة . كذلك فإن هناك العديد من النتائج الإيجابية التي يمكن أن تترتب عليه، والتي تترك تأثيراتها الإيجابية على الأفراد ذوي الإعاقات، وعلى أسرهم، بل وعلى المجتمع المحلي كله .

ومن الجدير بالذكر أن الحاجة إلى التأهيل قد ازدادت على المستوى العالمي بعد الحرب العالمية الثانية *world war II* حيث خلفت تلك الحرب وراءها أعداداً كبيرة من الأفراد ذوي الإعاقات وخاصة الإعاقات الجسمية، فكان أولئك الأفراد في حاجة ماسة إلى الحصول على الخدمات التأهيلية اللازمة حتى يتم إعادة دمجهم في المجتمع من جديد . وفي هذا الإطار أنشأت الأمم المتحدة وحدات للتأهيل أعقبها ظهور العديد من المنظمات الحكومية والمنظمات غير الحكومية ذات الصلة في العديد من دول العالم . وعملت الأمم المتحدة على نقل هذا الاهتمام إلى الدول النامية أيضاً حتى لا يكون منحصراً في الدول المتقدمة فقط إذ أن الدول المتقدمة والدول النامية كليهما قد وجدت فيها مثل هذه الحالات دون أي تمييز . وكان من نتيجة ذلك أن ظهر على الأقل في تلك الدول الحد الأدنى من الخدمات التأهيلية وذلك في عواصمها وفي مدنها الكبيرة . ومع ذلك فلم يكن من الممكن آنذاك أن تصل تلك الخدمات إلى كل أعداد الأفراد ذوي الإعاقات والذين كانوا في حاجة فعلية إليها وخاصة أولئك الذين كانوا يعيشون في الريف بصفة عامة بما يضمه من قرى ونجوع وكفور وعزب، أو ما إلى ذلك . وكان البديل لذلك من وجهة نظر المنظمات الدولية المختصة هو نقل الخدمات التأهيلية من مستوى المراكز والمستشفيات الموجودة بالمدن الكبيرة إلى المجتمعات المحلية فظهر بالتالي التأهيل المرتكز على المجتمع كنتيجة طبيعية لمثل هذا التطور وما شهده من مبادرات مختلفة بدأت منذ نهايات السبعينيات من القرن الماضي، واستمرت طوال عقدي الثمانينيات والتسعينيات وذلك في العديد من دول أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية .

وأخيراً .. فإنني أدعو الله سبحانه وتعالى أن أكون قد وفقت في اختياري لتلك القضايا الهامة التي تشغل بال المختصين والمهتمين بأمور وهموم الأفراد ذوي الإعاقات، وأن أكون قد نجحت في عرضها بالصورة التي تجذب الأنظار إلى مثل هذه القضايا حتى تنال القدر الذي يناسبها من الاهتمام، وأن تؤدي إثارة تلك القضايا على هذا النحو إلى المزيد من الاهتمام بأعضاء مثل هذه الفئات . كما أدعو الله سبحانه وتعالى أن يكون هذا الكتاب مقصداً لكل المهتمين بتلك القضايا من طلاب، ومعلمين، وباحثين، ومختصين، وأولياء الأمور ، وأن يجدوا فيه ضالتهم

المنشودة، وأن يضيف إليهم ما يرنو إليه كل منهم من معارف وحقائق، وأن يثير فضولهم إلى الاهتمام بتلك الفئات في المقام الأول . وفي النهاية فإنني أحمد الله سبحانه على أن وفقني إلى التفكير في تلك الأمور والقضايا التي يتضمنها الكتاب، وفي إثارة تلك القضايا المتضمنة، وأن وفقني في إتمام هذا الكتاب على هذا النحو . كما أدعوه سبحانه وتعالى أن يقدم هذا الكتاب إضافة إلى المكتبة العربية في التربية الخاصة ..

وعلى الله قصد السبيل،،، وبالله التوفيق ...

المؤلف

أ.د./ عادل عبدالله محمد

المحتويات

القضية الأولى

استخدام التكنولوجيا الحديثة مع الأفراد ذوي الإعاقات

مقدمـــة

يشير عـادل عبـدالله (٢٠٠٩) إلـى أن الحقبـة الأخيـرة مـن القـرن المنـصرم وخاصة العقدان الأخيران منـه قد شـهدا حدوث تطـورات تكنولوجيـة هائلـة بصفة عامـة، واسـتخدام مثـل هـذه التطـورات فـي ميـدان التربيـة الخاصـة علـى وجـه الخصوص وهو الأمر الذي نتج عنه في الواقع حدوث تغيرات جذريـة فـي أساليب تـشخيص وتقييم الأفراد ذوي الإعاقـات بشكل عـام، وحدوث تغيـرات مماثلـة فـي أساليب تعليمهم، وأساليب التعامل معهم، بل وفي أساليب التدخل المستخدمة معهم بصفة عامة مما ساهم بدرجة كبيرة في مساعدتهم علـى تحقيق الاستفادة القصوى من تلك التطورات، وعمل فـي الأسـاس علـى تيسير حدوث التعلم من جانبهم، بل وتعديل سلوكهم، ودفعهم إلى الاندماج مع الآخرين في المجتمع، ومسايرتهم فجعلنا نعتمد بدرجة كبيرة على تلك الأساليب التكنولوجية الحديثة في سبيل تحقيق الدمج الشامل لهم مع أقرانهم ممن لا يعـانون مـن الإعاقـات وذلـك فـي المدرسـة، وفـي مجالات العمل، بل وفي المجتمع عامة.

ومما لا شك فيه أن الإعاقات المختلفة التي يمكن أن يتعرض لها الأفراد إنما تستمر مدى الحياة، أي أننا بذلك لا يمكن أن ندعي أن ما نقوم به من جهود أو تدخلات مختلفة أياً كان نوعها يمكن أن تؤدي إلى التخلص من تلك الإعاقات، بل إن مثل هذه الجهود التي نقوم بها ونبذلها أو التدخلات التي نلجأ إليها ـ مثلها في ذلك كأساليب التكنولوجيا المساعدة ـ لا تزيل مثل هذه الإعاقات أياً كان نوعها أو تقضي عليها لأنها لا تتعامل مع الإعاقة في حد ذاتها، بل تحاول أن تحد مما يمكن أن ينتج عنها من مشكلات، أو آثار ، أو تحاول أن تدفع الفرد إلى استغلال قدراته وإمكاناته أقصى استغلال ممكن دون أن يعني ذلك زوال الإعاقة حيث ستظل موجودة لدى الفرد رغم كل ذلك.

ومن الأمور التي باتت مؤكدة في وقتنا الراهن أن مثل هذه الأساليب التكنولوجية الحديثة قد أضحت لا غنى عنها بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقات بصفة عامة حيث أن من شأنها أن تساعد الكثيرين منهم إلى حد كبير في تحقيق قدر معقول من التوافق سواء مع أنفسهم أو مع الآخرين في مجتمعاتهم، كما يمكنها أن تساعدهم كذلك في التعلم، وفي تحقيق الاندماج اللازم لهم في الحياة بشكل عام . كذلك فإن من شأنها أن تساعد الأخصائيين في الوصول إلى التشخيص الدقيق لأي حالة من تلك الحالات وهو الأمر الذي يسهم بشكل فعال في اختيار أساليب التدخل المناسبة والفعالة مما يساعد على أن تحقق مثل هذه التدخلات المختلفة أهدافها المنشودة والمرجوة .

ومن الواضح أن هناك من أساليب التكنولوجيا الحديثة ما يتم استخدامه مع فئة بعينها من فئات ذوي الإعاقات وهي الأساليب التي يمكننا على هذا الأساس أن نطلق عليها في الواقع اسم الأساليب الفئوية، كما قد شهد المجال محاولات عديدة لاستخدام بعض الأساليب التكنولوجية التي تم تقديمها في الأساس لفئة معينة مع فئة أخرى أو أكثر من هذه الفئات وهو ما يتضح مع بعض الأساليب التي تم تخصيصها للأفراد ذوي الإعاقة البصرية وتم مع ذلك استخدامها مع الأفراد ذوي صعوبات التعلم كما سنوضح في الجزء الأخير من هذا الفصل الحالي . ومن هنا يصبح بوسعنا أن نطلق على مثل هذه الأساليب اسم الأساليب بين الفئوية . ومن ناحية ثالثة هناك أساليب تكنولوجية أخرى كتلك التي يتم استخدامها في الأساس في المراكز التشخيصية المختلفة التي يتم فيها بطبيعة الحال التعامل مع فئات الإعاقة كلها أو مع معظم هذه الفئات . وعادة ما يكون من شأن تلك الأساليب أن تسهم في التوصل إلى التشخيص الدقيق للحالات المختلفة، وعلى هذا الأساس يمكننا أن نطلق عليها اسم الأساليب غير الفئوية . ومن الملاحظ أن مثل هذه التصنيفات إنما تتفق مع ذلك التصنيف الذي نستخدمه عند تناولنا لغرف المصادر حيث يتم تصنيفها على نفس هذا النحو .

التكنولوجيا الحديثة لذوي الإعاقات

مما لا شك فيه أن الأفراد ذوي الإعاقات إنما يعانون في واقع الأمر من خلل في أدائهم الوظيفي الذي يتعلق بنمط الإعاقة التي يعانون منها وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يجعلهم يعانون من بعض أوجه القصور ذات الصلة،

ويميز كل حالة من تلك الحالات عن غيرها من الحالات الأخرى، ويؤثر سلباً على توافقهم، وعلى علاقاتهم مع الآخرين في المجتمع، وعلى اندماجهم معهم . إلا أن المتأمل في تلك الحالات يرى أن بوسعنا أن نساعدهم إلى حد ما في التغلب على بعض أوجه القصور تلك . ومما يؤكد على ذلك أن مثل هذه الأساليب وتلك التطورات يشهدها أكثر من مجال أو جانب واحد من مجالات أو جوانب الحياة المختلفة . وربما يعد الجانب الطبي في طليعة مثل هذه الجوانب حيث يعد هو أول جانب يتم من خلاله التعامل مع كل هذه الفئات دون استثناء بداية من التحديد والتشخيص، ومروراً بالعلاج الطبي، ووصولاً إلى الأجهزة البديلة أو التعويضية والجراحات الترقيعية، وما إلى ذلك . ويأتي الجانب التعليمي أو التربوي هو الآخر في المقدمة أيضاً نظراً لأننا نعد في حاجة إلى تعليم مثل هذه الفئات، وتصميم واختيار برامج التدخل المناسبة لكل منها، أو حتى لكل فرد فضلاً عن اعتمادنا الأساسي على خطط التعليم الفردية أو البرامج التربوية الفردية التي تمثل أساس التعامل مع الأفراد من تلك الفئات . كذلك فإن التأهيل إنما يعد في الواقع من أهم المتطلبات التي يحتاجها مثل هؤلاء الأفراد، بل ويعدون في واقع الأمر في حاجة ماسة إليها حيث يمكن من خلالها التغلب على كثير من جوانب القصور التي يعانون منها . وقد يتطلب التأهيل لكي ينجح ونتمكن من خلاله من تحقيق الأهداف المنشودة أن ندمج بين أكثر من مجال واحد كالمجال الطبي، والمجال التربوي، والخدمات النفسية والاجتماعية المختلفة، والمساندات المتنوعة .

وجدير بالذكر أن مثل هذه الأمور قد أضحت في وقتنا الراهن بمثابة حقائق مؤكدة لا تقبل الجدل إذ أن استخدام الأساليب التكنولوجية الحديثة التي شهدها المجال الطبي، ويتم استخدامها بصفة أساسية في التشخيص والعلاج قد أكدت هذا الأمر بما لا يدع مجالاً للشك . ومن ثم فقد شهد مجال تشخيص صعوبات التعلم على سبيل المثال كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٩) قدراً كبيراً من التقدم على أثر استخدام الأساليب الطبية التكنولوجية المتقدمة فيه فبات الأمر مؤكداً . وعلى ذلك فبعد أن كان يتم استخدام اختبارات المسح النيورولوجي *neurological screening tests* في سبيل التأكد من أن مثل هذا القصور الذي يعاني الفرد منه إنما يرجع إلى عوامل داخلية أي نيورولوجية، وليس إلى عوامل سيكلوجية خارجية على الرغم من أن مثل هذه الاختبارات أو المقاييس ليس من السهل تطبيقها، بل أنها قد تتطلب أن يحصل القائم على تطبيقها على دورة تدريبية تمكنه

من تطبيقها، صارت الأمور في وقتنا الراهن وخاصة في الدول المتقدمة مثل أمريكا ودول أوربا إلى اتجاه آخر يؤكد على ضرورة اللجوء إلى الأساليب المتقدمة في المجال الطبي كالأشعة المقطعية، أو أشعة الرنين المغناطيسي، أو الرنين المغناطيسي الوظيفي، أو البوزيترون، أو ما إلى ذلك وهو الأمر الذي لا يترك أمامنا أي فرصة للاجتهاد كما كان الأمر في السابق حيث تكون النتيجة قاطعة بأن هذا الفرد يعاني من صعوبات التعلم مع تحديد موضع الخلل، وبالتالي تحديد الصعوبة، أو أنه على الجانب الآخر لا يعاني من صعوبات التعلم، وتكون النتيجة قاطعة أيضاً بما لا يترك لأي فرد الفرصة في أن يدعي كما نرى في كثير من الحالات رغم التأكيدات العديدة أن الحالة التي نكون بصددها هي صعوبات التعلم رغم أنها لا تكون كذلك في واقع الأمر .

ولما كان من الصعب على هؤلاء الأفراد على أثر مثل ما يتسمون به من خصائص أن يتمكنوا من مسايرة أقرانهم في مثل عمرهم الزمني وفي جماعتهم الثقافية في الأداء الوظيفي في مختلف جوانب الحياة كان لا بد من اللجوء إلى أسلوب آخر يساعدهم في الحد من بعض مظاهر القصور التي يعانون منها، أو يعمل إلى جانب ذلك على تنمية بعض المهارات التي تعد على درجة من الأهمية في سبيل تحقيق ذلك الغرض، أو تنمية بعض المهارات أو بعض جوانب المهارات التي تمثل جوانب قوة لديهم فكانت غرف المصادر بما تضمه وتتضمنه من أساليب وأدوات وأجهزة إلى جانب معلم متخصص ومؤهل تم تدريبه جيداً في سبيل مساعدة هؤلاء الأفراد على تحقيق الاستفادة القصوى مما تتضمنه غرفة المصادر، ومتابعتهم بعد عودتهم إلى الفصل العادي مرة أخرى مما يكون من شأنه أن يعمل على الحد من كثير من جوانب القصور لديهم، أو يسهم في تنمية بعض المهارات، أو بعض جوانب القوة التي تميزهم . ولذلك كان لا بد أن تتضمن غرف المصادر العديد من الأدوات والأساليب التكنولوجية الحديثة حتى يصير بوسعنا أن نحقق جانباً كبيراً من الأغراض المستهدفة والأهداف المنشودة حيث يتم في هذه الغرف أيضاً استخدام العديد من استراتيجيات التعليم العلاجي المختلفة والتي يعتمد العديد منها على استخدام التكنولوجيا الحديثة أيضاً كما هو الحال بالنسبة للتعليم بمساعدة الكمبيوتر *computer- assisted instruction CAI* بما يضمه من صيغ أو

أنمـاط متعـددة، أو اسـتخدام الـشبكة الدوليـة (الانترنـت)، أو اسـتخدام بـرامج كمبيوترية معينة، أو البرامج متعددة الوسائط ، أو ما إلى ذلك وهي الاستراتيجيات التي حققت نتائج جيدة في هذا الصدد .

وعـلاوة علـى ذلـك فـإن كثيـراً مـن هـؤلاء الأفـراد يبـدون بعـض القصـور فـي جوانب حياتية متعددة إلى جانب الناحية الأكاديمية، وبالتالي كان من الضروري أن يـتم تـدريبهم خـارج نطـاق المدرسـة سـواء فـي المنـزل أو فـي أي مـن مؤسـسات المجتمـع ممـا كـان مـن الـضروري أن نلجـأ معـه إلـى استخدام العديـد مـن الأدوات والأجهزة التكنولوجيـة الحديثـة التـي ظهـرت فـي هـذا المضمار . وقد أكد استخدام مثل هذه الأساليب على أهميتها في سبيل تحقيق العديد من الأهداف المنشودة مما كان من شأنه أن يزيد من دافعية هؤلاء الأفراد للتعلم، وللمدرسـة، وأن يـؤدي إلـى تحسين مفهـومهم لـذواتهم، ويزيـد ويحسن مـن تقدير الـذات مـن جانبهم فضلاً عـن تنمية بعض مهاراتهم، ومساعدتهم في تحقيق التواصل مع الآخرين .

وفـي هـذا الإطـار قـام عـادل عبدالله وأشـرف عبـداللطيف (٢٠٠٦) باسـتخدام التعليم بمسـاعدة الكمبيـوتر فـي سبيل تعليم الأطفـال الـصم بعض المفـاهيم الخلقيـة، وقدما لهم مقياساً كمبيوترياً يضمنا من خلاله أنه معد لهم هم فقط دون غيرهم كما يحدث مع الاختبـارات والمقـاييس الأخـرى التـي يتم إعدادها فـي الأسـاس للأفـراد السامعين ويتم تطبيق الجانب الأدائي منه ـ كما هو الحال بالنسبة لاختبارات الذكاء ـ على الأفراد المعـوقين سمعياً، وتـتم بالتـالي المقارنـة بين الطـرفين وفقـاً للنتـائج، وعـادة مـا تكـون النتيجـة لـصالح مـن تـم إعـداد المقيـاس مـن أجلهـم فـي الأسـاس وهـم الأفراد السامعين . ولذلك فقد تم تركيب صـورة لخبيـر إشـارات فـي الركن الأيمـن أسفل الشاشة حتى يتأكدا من خلال ذلك أن هؤلاء الأطفال قد فهموا المطلـوب منـهم على وجه الدقة . وكانا الباحثان يقومان بتقديم المساعدة اللازمة للطفل الـذي يمكنـه استخدام الكمبيوتر لكي يختار الإجابة، أما من لم يتمكن من استخدام الكمبيوتر فكان بوسعه أن يشير إلى ما يريده من اختيارات على الشاشة . وسارت رنوا الحفنـاوي (٢٠٠٩) علـى نفس المنـوال، إلا أنهـا قـدمت مقياسـاً يـتم تـصحيحه آليـاً وذلـك علـى غرار اختبارات الرخصـة الدولية لقيادة الكمبيوتر *ICDL* كما قامت بتقديم برنـامج لهـم يعتمـد علـى العـروض التقديميـة، وألعـاب الكمبيـوتر، والتـدريبات والممارسـة كأنماط أو صيغ للتعليم بمساعدة الكمبيوتر ممـا كـان مـن شـأنه أن يؤدي فـي الواقـع

إلى تحقيق نتائج إيجابية فيما يتعلق بالحد من أعراض النمط المختلط لاضطراب الانتباه والنشاط المفرط .

وفي نفس الإطار هناك برامج كمبيوترية يتم استخدامها في سبيل تعديل السلوك للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وبرامج أخرى لأطفال الروضة المعرضين لخطر صعوبات التعلم، أو للأطفال ذوي صعوبات التعلم، ومثلها لعلاج اضطرابات اللغة والتخاطب فضلاً عن البرامج الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة البصرية، وبرامج الفيربتونال الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة السمعية إضافة إلى البرامج الخاصة بالأطفال ضعاف السمع . كذلك فهناك العديد من الأساليب والوسائل السمعية والبصرية الالكترونية، والمواد المبرمجة، ودوائر التليفزيون المغلقة . وإلى جانب ذلك هناك أساليب تكنولوجية تعمل على مساعدة الأفراد المعوقين في الدراسة أو العمل بحيث تتناسب مع قدراتهم وإمكاناتهم مثل سماعة التليفون، أو قلم الكتابة، أو فرشاة الرسم، أو المقصات، أو أدوات تناول الطعام، أو تشغيل الأجهزة المختلفة كالكمبيوتر، أو الضغط على لوحة المفاتيح أو بدائلها، أو استخدام العصا الخاصة التي تثبت على الرأس أو يتم تحريكها بالفم، أو تلك التي تعمل على تحويل الكلام المسموع إلى كلام مكتوب يمكن قراءته فيفيد الأفراد الصم بالدرجة الأولى .

ووفقاً لذلك فإننا سوف نسير في عرضنا لاستخدام الأدوات والوسائل والأساليب التكنولوجية الحديثة مع الأفراد ذوي الإعاقات وذلك على مدار هذا الفصل وفق ما عرضنا له على امتداد تلك الصفحات السابقة حيث سنقوم بتناول ذلك الأمر في ثلاثة محاور أساسية توضح في الأساس كيف صارت مثل هذه الأساليب التكنولوجية على هذه الدرجة من الأهمية في هذا المضمار . وتتمثل تلك المحاور فيما يلي :

١- استخدام التكنولوجيا الحديثة في سبيل تشخيص وتحديد الإعاقات المختلفة فضلاً عن تحديد موضع الخلل في بعضها بصورة دقيقة .
٢- استخدام التكنولوجيا الحديثة في غرف المصادر الخاصة بتلك الفئات بما تضمه وتتضمنه من أدوات وأساليب تكنولوجية فضلاً عن استراتيجيات التعليم العلاجي *remedial instruction* التي تعتمد على تلك الأساليب التكنولوجية الحديثة .
٣- استخدام التكنولوجيا المساعدة للأفراد ذوي الإعاقات وذلك في ميادين الحياة المختلفة بصفة عامة .

وسوف نقوم بتخصيص قسم خاص في هذا الفصل لكل محور من هذه المحاور الثلاثة نقوم خلاله بتناول مثل هذا المحور أو ذاك من جوانبه المختلفة في محاولة لتوضيح مدى الاستفادة التي يمكن أن تعود على أولئك الأفراد من جراء استخدام الأساليب التكنولوجية الحديثة، وكيف يمكننا أن نعمل على تعديل سلوكهم على أثر ذلك . ولا يجب أن نغفل عن حقيقة هامة مؤداها أن غالبية هذه الأساليب التكنولوجية الحديثة ما لم تكن جميعها إنما تتطلب منا أن نقوم بتدريب مثل هؤلاء الأفراد على استخدامها بصورة صحيحة حتى تتحقق الفائدة المرجوة منها . ووفقاً لذلك فإن تدريب هؤلاء الأفراد على استخدام الاستراتيجيات الحديثة التي تعتمد على الأساليب التكنولوجية الحديثة إنما يمثل جانباً أساسياً من التعليم إذا ما أردنا لمثل هذه الأساليب التكنولوجية أن تصير بمثابة أداة أو وسيلة هامة لهؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات بصفة عامة .

وهناك نقطة هامة أخرى في هذا الميدان تتمثل في أن ما يهمنا بخصوص الوسيلة التكنولوجية التي سوف نستخدمها لا يخرج في الواقع عن إطار أهميتها أو فائدتها بالنسبة لهؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات دون أن نبحث في محتواها التكنولوجي أو تركيبها، أو مدى تعقيدها إذ أننا لسنا من المتخصصين في مثل هذا الأمر ، كما أنه لا يعد هو الأساس هنا حيث أن ما يهمنا بالدرجة الأولى إنما يتمثل كما أشرنا منذ قليل في ذلك المردود الإيجابي لاستخدام مثل هذه الوسائل أو الأدوات التكنولوجية بمعنى أننا إنما نبحث في واقع الأمر عما يمكن أن تضيفه التكنولوجيا الحديثة لهؤلاء الأفراد .

أولاً : أساليب التعرف على أسباب الإعاقة وتشخيصها

مما لا شك فيه أن استخدام الأساليب المختلفة التي أتاحتها لنا التكنولوجيا الحديثة أو ما تعرف بأساليب التكنولوجيا المساعدة *assistive technology AT* قد جعلت من الأيسر في الوقت الراهن أن نصل إلى تشخيص دقيق لأي حالة من الحالات التي نسعى إلى تحديدها وتشخيصها، بل وتقييمها أيضاً حيث أصبحت الأمور أيسر مما كانت عليه في الماضي إذ أن استخدام ما يتناسب منها مع الإعاقة التي نتعامل معها قد أضحى من شأنه أن يعمل على إجلاء الصورة كاملة أمامنا

مما يساعدنا على أن نتخذ القرار المناسب بشأنها، وأن نحدد ما عسانا أن نفعل بالنسبة لها دون أن يكون هناك احتمال كبير للخطأ كما كانت الأمور من قبل حيث قل وجود احتمال الخطأ بدرجة غير مسبوقة مما ساعد في الوصول إلى دقة في التشخيص، *diagnosis* ويقين في التقييم، *evaluation, assessment* وصحة اختيار لأساليب التدخل المناسبة *intervention* وهي الأمور التي عادة ما يكون من شأنها أن تساعدنا بدرجة كبيرة في تحقيق القدر المناسب من تعديل السلوك، وفي تحقيق الاندماج الاجتماعي لهؤلاء الأفراد، بل وفي دمجهم بصورة كلية شاملة في كافة قطاعات المجتمع وليس في المدرسة فحسب . وسوف نستعرض فيما يلي وذلك بصورة موجزة تشخيص بعض هذه الإعاقات في ضوء ذلك .

(١) متلازمة أعراض داون

هناك العديد من الفحوص التي تتم في هذا الإطار في سبيل التأكد من الحالة أثناء الحمل . وفي هذا الصدد يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤- أ) إلى أن هناك بعض الفحوص التي يتم القيام بها للأمهات الحوامل، وتتضمن مثل هذه الفحوص نوعين أساسيين يعد الأول منهما بمثابة فحوص فرز أو تصفية *screening tests* ويتم من خلالها التأكد من احتمال تعرض الجنين لهذه المتلازمة، بينما يعد النوع الثاني بمثابة فحوص تشخيصية *diagnostic tests* يتم التعرف من خلالها بطبيعة الحال على حالة الجنين وذلك على وجه الدقة فيما يتعلق بتلك المتلازمة، وتحديد هل سيصبح ممن يعانون منها أم لا . ويمكن أن نعرض لهذه الفحوص على النحو التالي :

١- فحوص الفرز أو التصفية :

ويتم أثناء فترة الحمل فحص لدم الأم الحامل وذلك للكشف عن احتمال وجود متلازمة داون أو غيرها من الأمراض الجينية أو الوراثية الأخرى . وتتعدد تلك الفحوص بحسب ما يحدده الطبيب المختص، وتضم ما يلي :

- *alpha-fetoprotin*
- *inhibin A*

- *human chorionic gonadotropin*
- *estriol*

ومع ذلك فهناك جدل كبير بين الأطباء حول موعد إجراء مثل هذه الفحوص ونوعها وذلك خلال فترة الحمل . وجدير بالذكر أن معدل اكتشاف متلازمة داون من خلال اختبارات الفرز أو التصفية هذه يتراوح بين ٦٠- ٨٠ % تقريباً . ومع ذلك يبقى الأمر في حاجة إلى إجراء اختبارات أكثر دقة للتأكد من الحالة بشكل دقيق .

٢- الفحوص التشخيصية :

من الجدير بالذكر أنه إذا لم يكن الزوجان ينحدران في الأساس من أسر لها تاريخ مرضي يتعلق بالأمراض الجينية أو الوراثية فإن فحوص الفرز أو التصفية قد تكون كافية في واقع الأمر ، أما إذا كان الأمر غير ذلك يصبح من الضروري حينئذ إجراء الفحوص التشخيصية التالية للأم الحامل :

(١) الموجات فوق الصوتية للجنين : *fetal ultrasound*

وعادة ما يتم اللجوء إلى هذا الفحص للتأكد من طول العظام الكبيرة للجنين كالذراعين والرجلين، وقياسهما فضلاً عن مقارنتهما بتلك المعايير العادية حيث تكون مثل هذه العظام في حالة متلازمة داون أقصر منها في الحالات العادية . كذلك فإن كثافة أو سمك الجلد في رقبة الجنين يتم فحصها هي الأخرى أيضاً من خلال مقارنة المسافة بين عظام رقبته بالمعايير العادية لها .

(٢) فحص السائل المحيط بالجنين في الرحم : *amniocintesis*

يعد هذا الفحص ضرورياً إذا ما توفرت ظروف معينة تعد هي الأساس الذي يجعلنا نخشى منها إذ أنها تساعد كثيراً في حدوث هذه الحالة . وتتمثل هذه الظروف فيما يلي :

١- إذا كان عمر الأم الحامل يتجاوز ٣٥ عاماً .
٢- إذا كانت واحدة أو أكثر من نتائج فحص الدم الخاصة بالأم غير عادية .
٣- إذا كان لديها طفل آخر من ذوي متلازمة داون .
٤- إذا كان لديها هي شخصياً تاريخ أسري لهذه الحالة .

ويكاد لا يكون لهذا الفحص أي خطر على الجنين حيث لا يحدث الإجهاض إلا في ١ % من الحالات تقريباً . ويعد هذا الفحص دقيقاً للغاية في التعرف على احتمال حدوث متلازمة داون إذ تصل دقته إلى حوالي ٩٩،٨% تقريباً .

(٣) فحص عينة من الزغب الذي يكسو المشيمة : *chorionic villus sampling CVS*

يمكن في واقع الأمر أن يتم إجراء هذا الفحص في وقت مبكر عن فحص السائل المحيط بالجنين في الرحم، إلا أن خطورة هذا الفحص إنما تنحصر وتتمثل في احتمال حدوث الإجهاض حيث تزداد نسبة ذلك الاحتمال قياساً باحتمال حدوثه في حالة فحص السائل المحيط بالجنين في الرحم .

(٤) فحوص أخرى :

مما لا شك فيه أن الطبيب المختص قد يوصي إذا ما وجد أن الحالة تستدعي ذلك حيث تجعله نتائج الفحوص الأخرى يتوقع حدوث شذوذ كروموزومي، وأن الجنين بالتالي سيكون من ذوي متلازمة داون بإجراء عدد من الفحوص الأخرى كما يلي :

١- فحص قلب الجنين باستخدام جهاز رسم القلب الذي يعتمد على تسجيل نبضات القلب بيانياً . *fetal echocardiography*
٢- فحوص لجهازه الهضمي مستخدماً الموجات فوق الصوتية .
٣- إجراء فحوص أخرى بعد ميلاد الطفل سوف نتناولها في النقطة التالية .

٤- الفحوص اللازمة بعد الميلاد :

هناك مجموعة من الفحوص الأخرى التي يتم إجراؤها للطفل بعد ميلاده وذلك إذا ما تأكد الطبيب منذ قيامه بالفحوص السابقة أثناء فترة الحمل من حدوث خطأ أو شذوذ كروموزومي من شأنه أن يجعل من ذلك الجنين بعد ميلاده واحداً من أولئك الذين يعانون من متلازمة داون . ومن هذه الفحوص ما يلي :

(١) فحص مجموع خصائص نواة الخلية : *Karyotyping*

يتم إجراء هذا الفحص بعد ميلاد الطفل وذلك للتأكد من ذلك التشخيص الذي يكون قد تم القيام به خلال فترة الحمل . وتظهر نتيجة الفحص لتوضح على وجه

التحديد خصائص نواة الخلية حال وجود خطأ أو شذوذ كروموزومي في الكروموزوم رقم ٢١ . وبذلك يتم التأكد بشكل قاطع وبما لا يدع أي مجال للشك من أن الطفل يعاني من متلازمة داون، وعلى ذلك يتم اختيار أساليب التدخل المبكر التي سيتم استخدامها لتحسين حالته بشكل عام .

(٢) اختبارات سمع :

يتم إجراء اختبارات للسمع بداية من ميلاد الطفل، أو بعد بلوغه ثلاثة شهور من العمر وذلك للتأكد من مدى سلامة سمعه، والاكتشاف المبكر لأي مشكلة يمكن أن يتعرض السمع لها حيث أن التركيب التشريحي للطفل من ذوي متلازمة داون يؤدي به كما نعلم إلى العديد من مشكلات السمع، وأن التدخل المبكر يفيد كثيراً في مثل هذه الحالة . ومن المعروف أن قياس السمع في هذه السن المبكرة إنما يعتمد بصفة أساسية على التطور التكنولوجي الذي شهده هذا الجانب .

(٣) فحص دم شامل :

ويتم اللجوء إلى مثل هذا الفحص في الأساس كي يتم التأكد من وجود اللوكيميا *leukemia* حيث تعد من الأمراض الأكثر شيوعاً بين أولئك الأطفال وهو ما يمكن أن يعطي الفرصة للتدخل المبكر مما قد يعود بنتائج إيجابية على الطفل .

(٤) فحوص خاصة بالغدة الدرقية :

على الرغم من ندرة حدوث مشكلات تتعلق بالغدة الدرقية عند ميلاد الطفل فإن مثل هذه المشكلات تتطور لديه بعد ذلك . ويتم التأكد من ذلك عن طريق فحوص للدم يتم إجراؤها في الأساس لهذا الغرض .

(٥) فحص شامل للقلب :

ويعد مثل هذا الفحص ضرورياً حيث تنتشر أمراض القلب بين أولئك الأطفال بشكل كبير، كما أن الكثيرين منهم يولدون وهم يعانون من مشكلات تتعلق بالقلب حيث تتراوح نسبتهم تقريباً بين ٤٠ - ٥٠ % . ومن أهم ما يتضمنه هذا الفحص ما يلي :

١- استخدام الأشعة السينية *X ray* لتقييم حجم القلب، وشكله .

٢- عمل تخطيط كهربي للقلب . *electrocadiography*

٣- تسجيل نبضات القلب بيانياً على جهاز رسم القلب . *echocardiography*

(٦) الفحص العصبي :

تتكرر التشنجات بشكل كبير لدى الأطفال ذوي متلازمة أعراض داون، ولكنها مع ذلك تكون أقل مما يحدث مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية أي في حالة الإعاقة الفكرية ذاتها أو أي حالة أخرى تؤدي إلى الإعاقة العقلية . وترتبط التشنجات بعمر الطفل الذي ينتمي إلى هذه الفئة حيث تزداد بدرجة كبيرة في مرحلة المهد، ثم تقل بعد ذلك إلى أن ترتفع بعض الشيء في مرحلة المراهقة، ثم تقل مرة أخرى إلى أن تزيد من جديد في العقدين الرابع والخامس من عمره . ومن أكثر تلك التشنجات شيوعاً ما يعرف بالتشنجات الطفلية *infantile spasms* وهو النوع الذي يمكن السيطرة عليه إلى حد كبير باستخدام الأدوية الخاصة به . وتنتج مثل هذه التشنجات عن النمو غير الطبيعي للمخ، ويمكن أن ترجع كذلك إلى الشذوذ في الموصلات العصبية *neurotransmitters* وربما العدوى، أو أمراض القلب وهو الأمر الذي يتطلب الرعاية الطبية المناسبة .

(٢) صعوبات التعلم

من الجدير بالذكر أن السبب الذي يكمن خلف صعوبات التعلم التي يعاني الطفل منها قد يظل سراً في أغلب الحالات . وقد اعتقد المختصون والباحثون لسنوات عديدة كما يرى هالاهان وكوفمان (٢٠٠٨) Hallahan& Kauffman أن العوامل النيورولوجية أو العصبية تعد بمثابة سبب رئيسي بالنسبة لصعوبات التعلم . ومع ذلك فإن هذا الأمر لم يلق في الواقع تأييدهم جميعاً وموافقتهم نظراً لأن تلك الأدلة التي تؤكد على وجود سبب نيورولوجي لمثل هذه الصعوبات كانت تقوم في الأساس على استخدام مقاييس نيورولوجية غير دقيقة نسبياً . إلا أن الباحثين قد شرعوا في السنوات الأخيرة في استخدام الأساليب التكنولوجية المتقدمة في سبيل تقييم نشاط المخ بشكل أكثر دقة . وربما يرجع السبب الرئيسي الذي أغراهم في الوقت الراهن إلى الاعتقاد بأن اختلال الأداء الوظيفي النيورولوجي كما يرى هالاهان وآخرون (٢٠٠٧) .Hallahan et al يعتبر هو العامل السببي في كثير من حالات صعوبات التعلم إلى تلك التطورات المختلفة التي شهدها مجال

البحث النيورولوجي حيث بدأ الباحثون في هذا المجال في إحراز تقدم جوهري في تحديد تلك العوامل التي تكمن خلف صعوبات التعلم، وأقروا أن العوامل النيورولوجية هي المسئولة عن حدوث تلك الصعوبات . ومن المعروف أن الجانب الأكبر من ذلك التطور الذي شهده مثل هذا المجال إنما يرجع في الواقع إلى تلك التطورات التي شهدتها المقاييس النيورولوجية التي تعتمد في الأصل على الكمبيوتر . وعلى هذا الأساس فإن أحدث هذه الأساليب التكنولوجية التي يستخدمها الباحثون في وقتنا الراهن في سبيل تقييم اختلال الأداء الوظيفي النيورولوجي لدى بعض الأشخاص ذوي صعوبات التعلم إنما يتضمن في الواقع الأساليب التالية :

- الأشعة المقطعية على المخ. *computerized axial tomographic (CAT) scans*
- أشعة الرنين المغناطيسي. *magnetic resonance imaging (MRI)*
- أشعة الرنين المغناطيسي الوظيفي . *functional magnetic resonance imaging FMRI*
- التحليل الطيفي للرنين المغناطيسي الوظيفي . *Functional magnetic resonance spectroscopy (fMRS)*
- أشعة البوزيترون . *positron emission tomography (PET) scans*

وعلى الرغم من أن ارتفاع تكاليف استخدام مثل هذه الأساليب قد أدى في واقع الأمر إلى عدم استخدامها على نطاق واسع في الممارسات الإكلينيكية المختلفة وذلك في سبيل تشخيص الحالات الفردية من صعوبات التعلم، فإنها مع ذلك قد جعلت الباحثين يعتقدون في أهمية اختلال الأداء الوظيفي النيورولوجي في حدوث العديد من حالات صعوبات التعلم، بل إنها قد جعلتهم يجزمون بذلك . وبالنسبة لاستخدام مثل هذه الأساليب التكنولوجية الحديثة يشير هالاهان وكوفمان (٢٠٠٨) Hallahan& Kauffman إلى ما يلي :

١- أن استخدام الأشعة المقطعية للمخ *CAT scans* إنما يتضمن وضع رأس المريض في حلقة كبيرة، ثم التقاط سلسلة من صور الأشعة السينية لرأسه، ويتم بعد ذلك إدخال تلك الأشعة إلى جهاز الكمبيوتر الذي يصدر على ضوء ذلك مجموعة من الصور للمخ .

٢- تستخدم أشعة الرنين المغناطيسي *MRI* الموجات اللاسلكية أي موجات الراديو بدلاً من الإشعاع وذلك في سبيل أخذ بعض الصور المستعرضة *cross- sectional* للمخ .

٣- تمثل كل من أشعة الرنين المغناطيسي الوظيفي *FMRI* والتحليل الطيفي للرنين المغناطيسي الوظيفي *fMRS* أشكالاً تكيفية من أشعة الرنين المغناطيسي*MRI* ولكنهما على العكس من أشعة الرنين المغناطيسي *MRI* يستخدمان بغرض التعرف على تلك التغيرات التي تنتاب نشاط المخ أثناء قيام الفرد بأداء مهمة معينة كالقراءة على سبيل المثال .

٤- تستخدم أشعة البوزيترون *PET* مثلها في ذلك كأشعة الرنين المغناطيسي الوظيفي *FMRI* والتحليل الطيفي للرنين المغناطيسي الوظيفي *fMRS* عندما يكون الفرد منهمكاً في أداء مهمة معينة . ويتم حقن الفرد بمادة تحتوي على كمية منخفضة من الإشعاع تتجمع في النيورونات النشطة . وباستخدام الماسح الضوئي لاكتشاف المادة المشعة يمكن للباحثين أن يتعرفوا على أجزاء المخ التي تشترك بفاعلية في أداء المهام المختلفة . ومن المعروف أن البوزيترون هو جسم موجب ذو كتلة تعادل كتلة الإلكترون .

وباستخدام مثل هذه الفنيات أو الأساليب التي تعتمد على التصوير العصبي *neuroimaging* تمكن الباحثون من تجميع تلك الأدلة التي تتعلق بالفروق التركيبية والوظيفية في مخ أولئك الأفراد الذين يعانون من صعوبات التعلم وأقرانهم الذين لا يعانون منها وخاصة بالنسبة لصعوبات القراءة . وتشير الفروق التركيبية بالمخ إلى أمور معينة من بينها حجم جوانب مختلفة بالمخ، في حين يشير الأداء الوظيفي إلى نشاط المخ . أما فيما يتعلق بالفروق الوظيفية أو ما تعرف بالفروق في الأداء الوظيفي *functioning* فقد وجد الباحثون أنه قد تمت إثارة بعض الجوانب المختلفة بالمخ لدى بعض الأفراد الذين يعانون من عسر القراءة *deslexia* كصعوبة خاصة من صعوبات التعلم في مقابل أقرانهم الذين لا يعانون منها وذلك أثناء قيامهم بأداء مهام القراءة .

ومن جهة أخرى فإن استخدام مثل هذه الأساليب الحديثة يساهم بشكل فاعل كما يؤكد هالاهان وآخرون (٢٠٠٥) .Hallahan et al في تحديد المكان الذي يشهد

ذلك الخلل في المخ، وبالتالي نمط صعوبة التعلم الذي ينتج على أثر ذلك حيث ينقسم المخ إلى ثلاثة أقسام رئيسية تتمثل في جذع المخ *brain stem*، والمخيخ *cerebellum* ، والقشرة المخية *cerebral cortex* التي تضم بدورها (أي القشرة المخية) أربعة أنماط من الفصوص هي الفص الأمامي *frontal lobe* والفص الجداري (الموجود بالقرب من جدار الجمجمة *parietal*) ، والفص القذالي (الموجود في مؤخر الرأس *occipital*) ، والفص الصدغي (الواقع بالقرب من الصدغ *temporal*) . كما أن القشرة المخية تتألف من نصفين كرويين *hemispheres* أيمن وأيسر يضم كل منهما هذه الأنواع الأربعة من الفصوص وهو ما يعني أن هناك فصاً أمامياً أيمن وآخر أيسر، وفصاً جدارياً أيمن وأيسر، وهكذا بالنسبة للفص القذالي، والفص الصدغي، وأن لكل نمط من هذه الفصوص دوره الذي يؤديه ووظيفته التي يقوم بها، وأن الخلل الذي قد يتعرض له أي نصف كروي أو أي فص إنما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث نمط معين من صعوبات التعلم .

وفي هذا الإطار نلاحظ أن جذع المخ يقوم بتنظيم المنعكسات الهامة التي ترتبط أو تضمن البقاء على قيد الحياة كالتنفس، وضربات القلب . ويقوم المخيخ بتنظيم تلك السلوكيات التي ترتبط بالحركة كالتوازن، والجري، والتحدث، وحركات العين. ويؤدي التلف الذي يمكن أن يلحق بهذا الجزء من المخ إلى حدوث مشكلات حادة في السيطرة على مجموعة من الحركات . أما القشرة المخية والتي تعد بمثابة طبقة من نسيج رقيق تغطي النصفين الكرويين للمخ فتنقسم إلى أربعة أنماط من الفصوص حيث تعد الفصوص الأمامية *frontal lobes* هي المسئولة عن بعض الحركات المختلفة (الجانب الحركي)، كما تعد وسيلة أساسية في تنظيم سلوك الفرد . ويشير علماء النفس عادة إلى التنظيم الذاتي، أو قدرة الفرد على السيطرة على انفعالاته، وحل المشكلات على أنها تمثل في الواقع جزءاً من الوظائف التنفيذية *executive* من جانبه . ويسمى الجزء الأمامي من الفصوص الأمامية *frontal* بالفصوص الموجودة في مقدم التكوين الجبهي *prefrontal* وتعد مثل هذه الفصوص في الواقع مسئولة عن السيطرة على الانفعالات . كذلك فإن الفصوص الجدارية *parietal lobes* تعد هي المسئولة في الواقع عن حدوث

التكامل والتناسق بين الإحساسات الجسمية والإدراكات البصرية . ويعتقد علماء وأطباء الأعصاب أن الفصوص الجدارية لها أهميتها الجوهرية في قدرة الفرد على إدراك الأشياء كوحدات أو كيانات متكاملة . وتعد الفصوص القذلية *occipital lobes* مسئولة في الأساس عن تلك الجوانب المختلفة من الإدراك البصري، ويمكن أن يؤدي تلف مثل هذه الفصوص إلى حالة تعرف بالعمه البصري *visual agnosia* والتي تعني عدم قدرة الفرد أو عجزه عن إدراك الأشياء العامة حتى وإن كان يتمتع بحدة إبصار عادية . وتقوم الفصوص الصدغية *temporal lobes* بمجموعة من الوظائف الهامة التي ترتبط بالتعلم حيث تعد هي المسئولة عن الانتباه، والذاكرة، واللغة إصداراً واستقبالاً. ونظراً لأهمية مثل هذه العمليات بالنسبة للتعلم ودلالتها في هذا الإطار كان هناك اعتقاد كبير بناء على تلك الأدلة بأن هذه الفصوص لها دوراً هاماً في حدوث صعوبات التعلم .

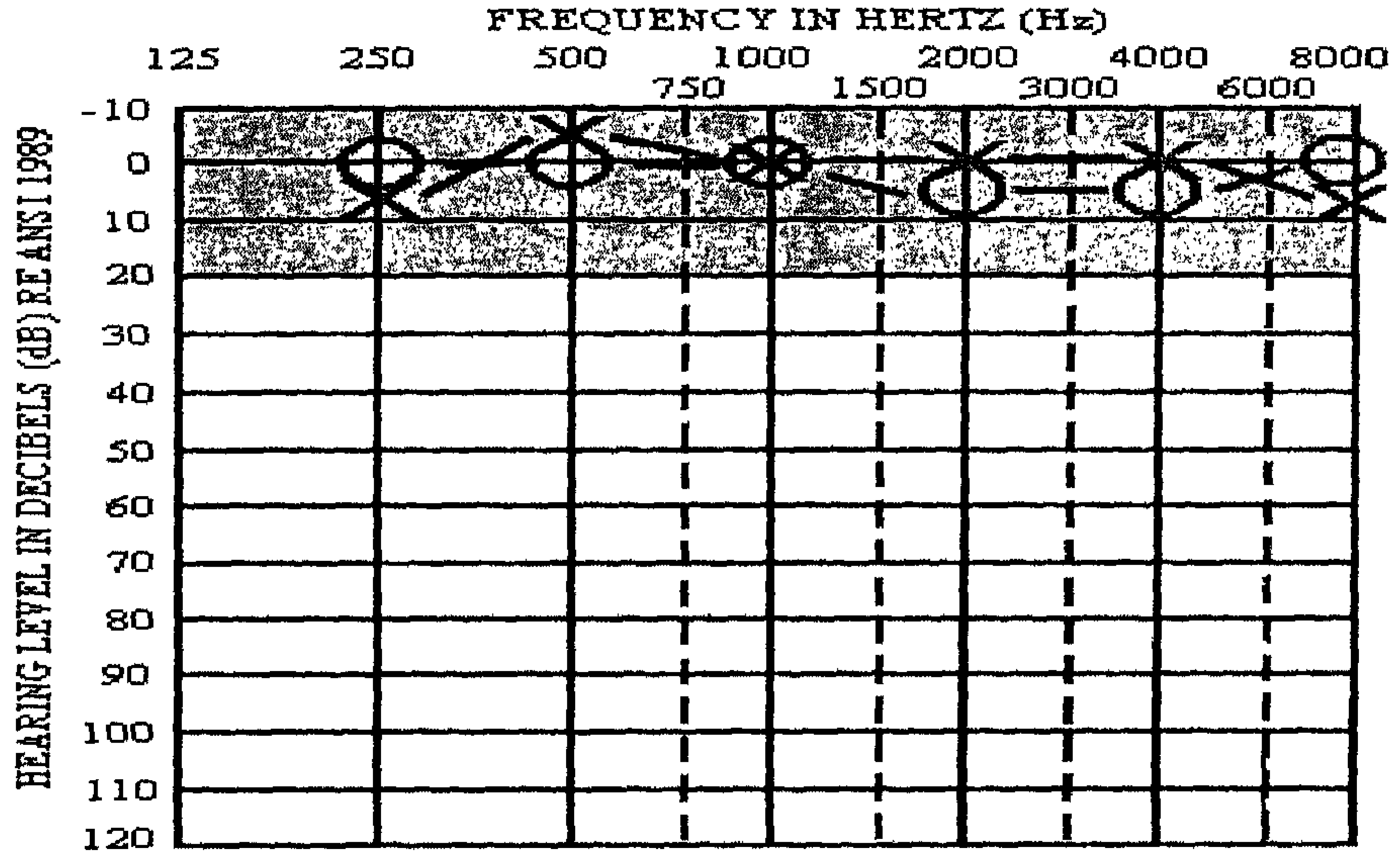
ومن جهة أخرى فإن كلاً من النصفين الكرويين الأيمن والأيسر للمخ يقوم باستقبال المعلومات الحسية من الجانب العكسي للجسم، وتنظيم الحركات الخاصة به، والتحكم فيها أو السيطرة عليها . فعلى سبيل المثال نجد أن تلك الأشياء التي تحدث في المجال البصري الأيسر يتم إدراكها في النصف الكروي الأيمن للمخ، وكذلك فالأصوات التي يتم سماعها عن طريق الأذن اليمنى يتم إدراكها في النصف الكروي الأيسر للمخ، كما أن حركات اليد اليسرى تتم السيطرة عليها والتحكم فيها عن طريق النصف الكروي الأيمن للمخ . وفضلاً عن ذلك فهناك جانب هام آخر يختلف فيه النصفان الكرويان للمخ يتمثل في ذلك الجانب الذي يتعلق باللغة . وفي هذا الإطار نجد فيما يتعلق بالغالبية العظمى من الأفراد أن النصف الكروي الأيسر للمخ يعد هو الأكثر أهمية في النطق باللغة، والفهم أو الاستيعاب وذلك قياساً بالنصف الكروي الأيمن للمخ حيث نجد بالنسبة لما يزيد عن ٩٠ % من الأيامن أن النصف الكروي الأيسر للمخ هو الذي يكون مخصصاً للغة، وفيما يتعلق بما يزيد عن ٧٠ % من الأشاول يكون النصف الكروي الأيسر للمخ أيضاً هو المخصص للغة . كما أن النصف الكروي الأيسر بما فيه من منطقتي بروكا *Broca* وفيرنيك *Wernicke* يعد هو المسئول في الأساس عن اللغة والحديث والقراءة وعسر القراءة . وعلى الرغم من أن معظم الباحثين يشيرون إلى أن النصف الكروي الأيسر من المخ هو المسئول عن صعوبات التعلم، فإن هناك أدلة أخرى على أن

النصف الكروي الأيمن للمخ يعتبر هو سبب صعوبات التعلم غير اللفظية والتي قد تتضمن صعوبات في أداء العديد من المهام البصرية - المكانية، والمهام اللمسية، والحساب، والتنظيم الذاتي، والتنظيم بصفة عامة . وتعد المشكلات التي تتعلق بالجانب الاجتماعي حيث الإدراك الاجتماعي السيئ ، وسوء التوافق هي أكثر المشكلات دلالة لهؤلاء الأفراد .

ومن هذا المنطلق فإن استخدام التكنولوجيا الحديثة في سبيل تشخيص صعوبات التعلم يمكن أن يؤدي كما أوضحنا إلى التأكد من وجود خلل نيورولوجي داخلي يعد هو المسئول الأساسي عن حدوث تلك الحالة، كما يمكنه من جانب آخر أن يحدد المكان الذي يشهد ذلك الخلل، ومن ثم يمكن أن يتم تحديد نمط الصعوبة على أثر ذلك .

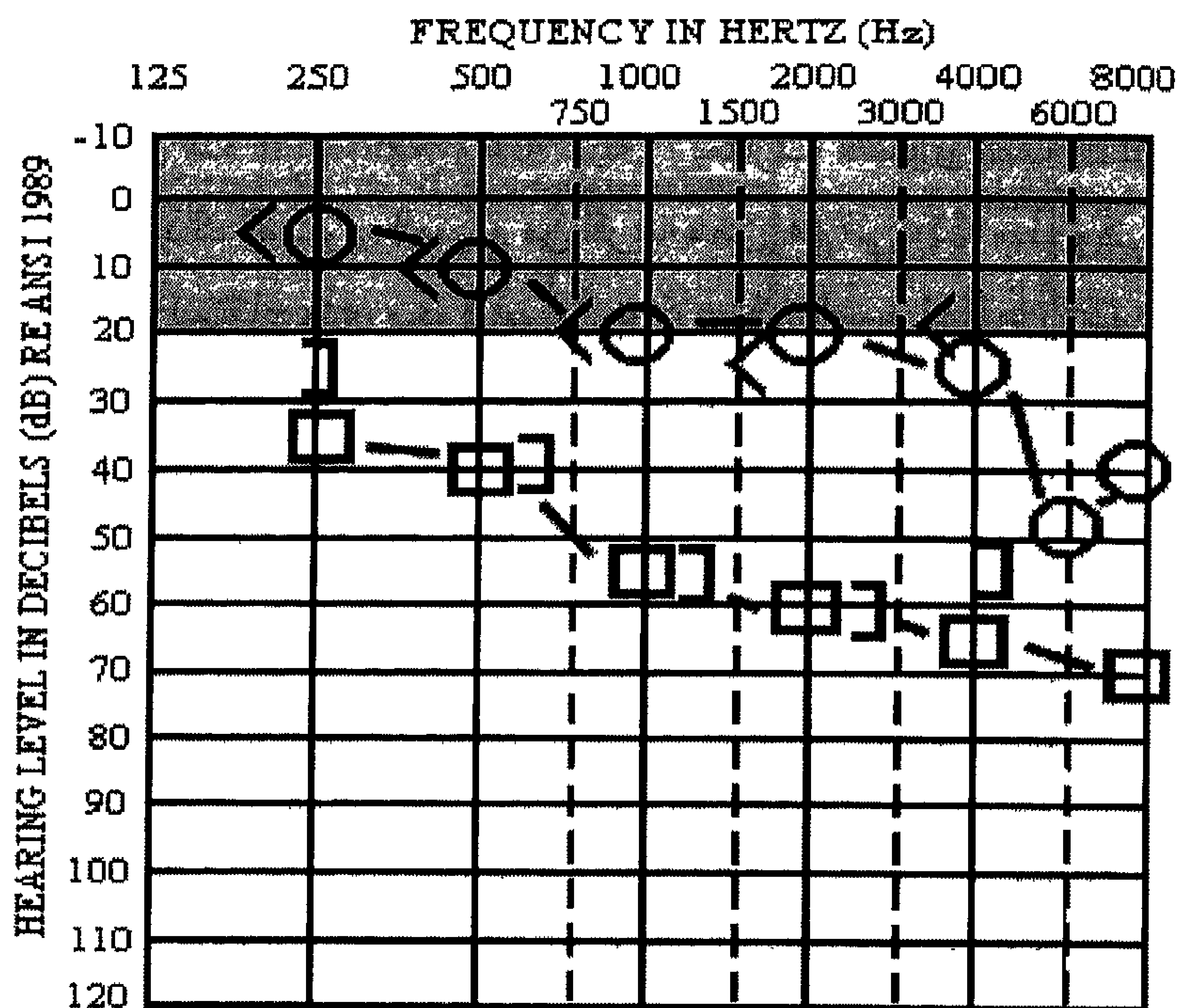
(٣) الإعاقة السمعية

يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤- ب) إلى أننا عندما نريد أن نقوم بتشخيص الإعاقة السمعية *hearing impairment* فإننا نلجأ في الأساس إلى قياس شدة السمع . وعادة ما يتم استخدام مصطلح قياس السمع *audiometry* في الأساس في سبيل وصف ذلك القياس الشكلي أو الرسمي للسمع . وعادة ما يتم هذا القياس باستخدام جهاز مخصص لذلك هو الأوديوميتر *audiometer* حيث يتم قياس حدة أو شدة السمع عند ترددات تتراوح بين نغمات منخفضة تبلغ شدتها مائتين وخمسين هيرتز ونغمات عالية تبلغ حدتها ثمانية آلاف هيرتز . ويتم تحديد مستوى السمع كمياً قياساً بالسمع العادي بالديسيبل بحيث نلاحظ أنه كلما ارتفع عدد الديسيبل كان السمع سيئاً. ولا تعني درجات الديسيبل التي يعرضها الشكل التالي نسبة مئوية لفقد السمع، ومع ذلك فإن فقد السمع إذا ما وصل إلى مائة ديسيبل فإن ذلك يعني وجود صمم تام . وبالنسبة للشكل فإن الرقم صفر يعني سمعاً عادياً، وبذلك يكون من المحتمل أن تقل الدرجة عن صفر حيث يعني ذلك تحسناً كبيراً في حالة السمع يزيد عن المستوى المتوسط وهو ما يوضحه الشكل التالي :



شكل (١) تخطيط السمع لشخص لا يعاني من فقد السمع

ويتضح من هذا الشكل أنه كلما زادت درجات الديسيبل عن عشرين كانت هناك مشكلات في السمع . ويمكن قياس حدة السمع لكل أذن على حدة بحيث يتضمنها نفس الشكل، إلا أنه يجب أن يتم استخدام شكل مختلف كي يتم تمثيل شدة السمع لكل أذن، كما يجب كذلك أن يستخدم لوناً مختلفاً للتعبير عن حدة السمع لكل أذن وهو ما يعرض له الشكل التالي بحيث نلاحظ أن إحدى الأذنين أفضل من الأخرى، وإن كان الشكل يعبر عن وجود مشكلات في كلتا الأذنين .



شكل (٢) تخطيط سمع لمريض يعاني من فقد السمع

وعندما يتضح من تخطيط السمع أن المريض يعاني من فقد للسمع فإن الخطوة التالية بطبيعة الحال ينبغي أن تتمثل بالضرورة في تحديد ما إذا كان فقد السمع هذا يرجع إلى مشكلات حسية أي أنه يكون في تلك الحالة حسياً عصبياً، أم أن هناك مشكلات آلية يرجع إليها مما يجعله فقداً توصيلياً للسمع . ويمكن أن يتم قياس شدة السمع باستخدام جسم عظمي هزاز يتم من خلاله تجنب تلك الأجزاء الآلية للأذن الوسطى حيث تسلك الاهتزازات طريقاً آخر فإن تحسن السمع فإن ذلك ينبئ بطبيعة الحال عن فقد سمع توصيلي . وجدير بالذكر أن القياس الروتيني لحدة السمع يمكن أن يتضمن بعض المقاييس الفرعية من بينها على سبيل المثال ما يلي:

(١) القياس السمعي للكلام : *speech audiometry*

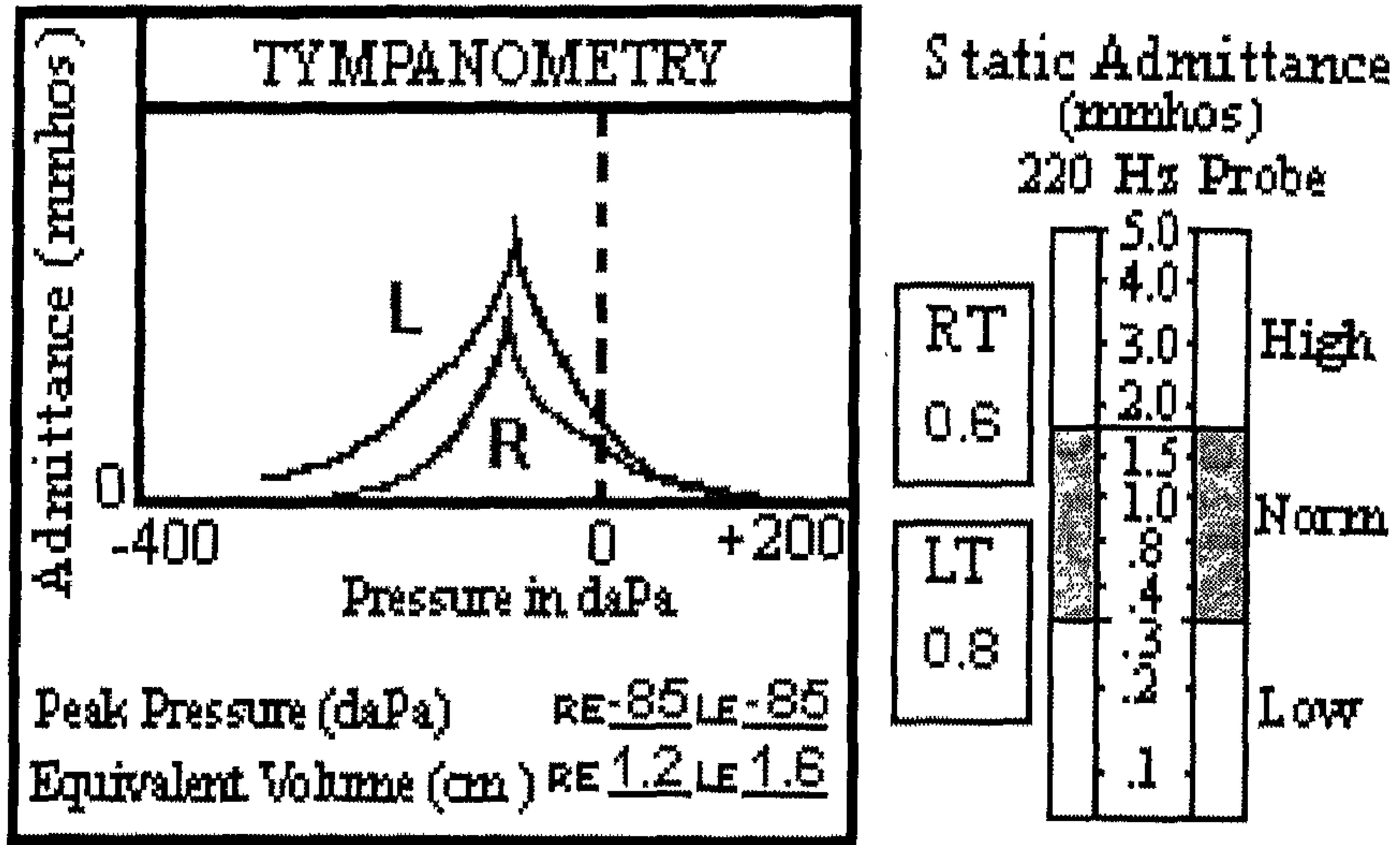
ويتم ذلك القياس في واقع الأمر عن طريق قيام الفاحص بقراءة قائمة من الكلمات، ويطلب من المريض بعد ذلك أن يقوم بالتمييز بين تلك الكلمات التي تتضمنها مثل هذه القائمة المعروضة عليه . وبمقارنة مستوى فهمه لتلك الكلمات وإدراكه لها بذلك المستوى المتوقع من أقرانه ممن هم في مثل سنه وفي جماعته الثقافية يمكن استنتاج مدى وجود قصور مركزي في السمع لديه من عدمه .

(٢) قياس الانعكاس السمعي لعظيمة الركاب أو استجابة عضلة عظيمة الركاب :

يقوم قياس الانعكاس السمعي لعظيمة الركاب *acoustic reflex testing* على إخضاع الأذن لصوت مرتفع، ثم القيام بتحديد ما إذا كان ذلك يجعل تلك العضلات المتصلة بالركاب تضغط عليه أم لا، وهو ما يعد بمثابة إشارة على حدوث خلل في الأداء الوظيفي لمركز السمع بالمخ، ومن ثم يكون فقد السمع مركزياً .

(٣) قياس ضغط الهواء على طبلة الأذن : *tympanometry*

ويعد ذلك بمثابة وسيلة يمكن من خلالها التعرف على مدى تصلب أو تيبس طبلة الأذن، وهو ما يعمل على تقييم الأداء الوظيفي للأذن الوسطى . ويساعد ذلك في اكتشاف أي سائل بالأذن الوسطى، أو الضغط السالب بها، أو حدوث قصور في الأداء الوظيفي لتلك العظيمات الصغيرة الموجودة بها *ossicles* ، أو وجود ثقب بطبلة الأذن، أو حدوث تصلب في أنسجة الأذن . ولأداء هذا الاختبار يتم وضع مجس أو مسبار *probe* رقيق في قناة الأذن مع حدوث كمية صغيرة من الضغط بها، ثم تقاس حركة الطبلة كاستجابة لهذا الضغط، وتظهر النتائج على شاشة جهاز التيمبانوجرام *tympanogram* وهو الجهاز المخصص لذلك . فإذا كان هناك سائل بالأذن الوسطى لن تهتز الطبلة بشكل سليم، وسيكون السطر المطبوع على الشاشة مستوياً، أما إذا كان هناك هواء بالأذن الوسطى (وهذا هو الطبيعي) لكن ضغط هذا الهواء أكثر أو أقل من الضغط الجوي المحيط فسوف يؤدي ذلك إلى حدوث تغير في شكل الخط المطبوع على الشاشة، وبالتالي فإنه لن يكون مستوياً .



شكل (٣) تخطيط لحركة الطبلة

(٤) قياس الاستجابات السمعية المثارة من جذع المخ :

يهدف قياس الاستجابات السمعية المثارة من جذع المخ *brainstem auditory evoked responses (BAER)* إلى قياس توقيت صدور الموجات الكهربية من جذع المخ كاستجابة لتلك الدقات *clicks* التي تحدث في الأذن . ويتم عمل رسم بياني لثلاث موجات لكل أذن هي تلك الموجات أرقام ١ ، ٣، ٥ ويكشف أي تأخر في أي جانب قياساً بالآخر عن حدوث خلل في العصب الثامن الذي يصل بين الأذن وجذع المخ، أو حدوث خلل في جذع المخ ذاته . وبالتالي فإن هذا الاختبار له أهميته القصوى حال حدوث قصور في السمع لدى الفرد يرجع في أساسه إلى حدوث خلل عصبي لديه .

(٥) الرسم الكهربي لاستجابة الفرد للتنبيه السمعي : *electrocochleography*

ويتم ذلك عن طريق إقفال الفرد لعينيه، ثم يتم وضع قطب كهربائي في طبلة الأذن وذلك لزيادة حجم الموجة رقم واحد من تلك الموجات الثلاث المثارة من

جذع المخ . ويعد هذا الرسم بمثابة إجراء تكنولوجي صعب، وعلى الرغم من فائدته الإيجابية الواضحة في التشخيص الدقيق فإنه مع ذلك لا يكون دائماً مفيداً، ولذلك لا يتم اللجوء إليه إلا في تلك الحالات التي لا يمكننا أن نستغني عنه فيها .

(٦) قياس المقاومة الظاهرية في الأذن الوسطى لإصدار الأصوات :

يعد قياس تلك المقاومة الظاهرية في الأذن الوسطى لإصدار الأصوات *otoacoustic emissions* من الاختبارات الحديثة نسبياً لقياس السمع للأطفال حديثي الولادة، كما أنه يعد في ذات الوقت أسلوباً لتحديد مدى قيام القوقعة *cochlea* بأدائها الوظيفي . ويتم في هذا الاختبار وضع مجس أو مسبار رقيق في قناة الأذن على أن يلحق به سماعة رقيقة وميكروفون رقيق أيضاً، ثم يتم إرسال أصوات هادئة عن طريق السماعة تسري خلال الأذن الوسطى فتثير تلك الشعيرات الموجودة بالقوقعة مما يجعلها تستجيب بإصدار أصواتها الدقيقة التي يكشف عنها الميكروفون حيث يقوم بتكبيرها وتضخيمها . وإذا كان هناك فقد للسمع فإن هذه الشعيرات لا تقوم بإصدار مثل هذه الأصوات الدقيقة .

(٤) الإعاقة البصرية

تعد الإعاقة البصرية من هذا المنظور بمثابة ضعف في أي من الوظائف الخمسة التالية؛ البصر المركزي، والبصر المحيطي، والبصر الثنائي، والتكيف البصري، ورؤية الألوان وذلك نتيجة تشوه تشريحي ، أو إصابة بمرض أو جروح في العين . وبذلك تعجز العين عن القيام بوظيفتها على الوجه المطلوب إذ يضعف البصر على أثر ذلك إلى الدرجة التي يعجز الفرد فيها عن القيام بأي عمل يحتاج أساساً للرؤية . ومن هذا المنطلق يميز المفهوم الطبي للإعاقة البصرية بين حالتين من كف البصر أو الإعاقة البصرية هما :

- العمى الكلي أو فقد البصر كلية *totally blind* وهو ما يعني عدم قدرة العين على أن تقوم بأداء وظيفتها نتيجة لعدم تفاعل إنسان العين مع الضوء مطلقاً .

- وجود حساسية ضعيفة للضوء لدى الفرد يستطيع الفرد بموجبها أن يميز فقط بين مصادر الضوء المختلفة وهو ما يعني أن حدة إبصاره تقل عن ٦ /٦٠ ولذلك فهو يعتبر من الناحية العملية في حكم المكفوفين .

ومن الجدير بالذكر أننا قد أصبح بوسعنا الآن أن نقوم بفحص النظر بالكمبيوتر حيث تستخدم التكنولوجيا الحديثة في سبيل التعرف على المشكلات البصرية المختلفة التي يمكن أن يتعرض الفرد لها كطول النظر، أو قصر النظر، أو الاستجماتيزم، أو غيرها من الأمراض التي يمكن أن تصيب الأجزاء المختلفة للعين . بل إننا نستخدم مثل هذه التكنولوجيا في سبيل القيام بفحص طبي شامل للعينين، ومن المعروف أن مثل هذا الفحص يكون هو الأكثر دقة . ومن جهة أخرى هناك جهاز كيستون للمسح البصري، ويعد هذا الجهاز بمثابة أول جهاز تم تصميمه بغرض قياس تآزر العينين تحت ظروف مشابهة لما يحدث أثناء عملية القراءة . وإلى جانب قياس حدة إبصار الفرد فإنه يمكن من خلاله أيضاً التعرف على طول النظر، أو قصر النظر، أو اللابؤرية، وعدم التوازن الرأسي والجانبي، وخلط النقاط البعيدة والقريبة . كذلك يمكن من خلاله قياس حدة الإبصار لكل عين على حدة إلى جانب العينين معاً . وإلى جانب ذلك فإن هناك وسائل وأساليب تكنولوجية عديدة يستخدمها أطباء العيون في الوقت الراهن لذات الغرض .

وفضلاً عن ذلك فإنه يتم استخدام الأوبتاكون *optacon* وهو أداة إلكترونية تقوم بتحويل الكلمة المطبوعة إلى بديل لمسي . ويعد مثل هذا الاسم في أصله مشتقاً من المقاطع الأولى لثلاث كلمات تتمثل في كل من *optic* أي بصري، و *tactual* أي لمسي، و*converter* أي محول . والأوبتاكون عبارة عن كاميرا صغيرة تعمل بالليزر يمررها المعاق بصرياً على الكتابة العادية فتنقلها إلى الجهاز المتصل بها الذي يحولها بدوره إلى ذبذبات كهربية خفيفة، ويقوم المعاق بصرياً بوضع أصابعه داخل فتحة خاصة بالجهاز تسمى المجس كي يلمس تلك الذبذبات ويقرأها بالتالي، ومن ثم يمكنه أن يحافظ على خصوصياته . ولكن يؤخذ على هذا الجهاز أنه باهظ الثمن حيث يزيد ثمنه عن ألفي دولار أمريكي، كما أن سرعته في القراءة تصل من ربع إلى خمس سرعة القراءة بطريقة برايل حيث متوسط سرعة قراءة الفرد بواسطته هو عشرين كلمة في الدقيقة في حين يصل المتوسط بطريقة برايل ما بين ٢٠ - ٨٠ كلمة في الدقيقة .

وفضلاً عن ذلك يمكن استخدام أجهزة التسجيل، وتعد أجهزة التسجيل العادية وسيلة هامة للمكفوفين حيث يتمكنون بموجبها من تسجيل الدرس أو الحوار مثلاً ثم يقوموا بتشغيلها مرة أخرى وقتما شاءوا وأينما شاءوا حتى يدركوا جيداً تلك المادة المسجلة عليها . كما يتم أيضاً استخدام جهاز الفرسابرايل وهو جهاز صغير يبلغ طوله ٣٠ سم وعرضه ٢٠ سم وارتفاعه ١٠ سم ووزنه أربعة كيلو جرامات يعمل بطريقة مشابهة لعمل الكمبيوتر حيث يتم تخزين المعلومات على شريط بطريقة برايل، ويمكن توصيله بطابعة لتحويل النص المكتوب بطريقة برايل إلى الكتابة العادية، أو توصيله بآلة برايل الطابعة كي يخرج النص بطريقة برايل، أو توصيله بجهاز كمبيوتر لتحويل الكلمات العادية التي تظهر على شاشة الكمبيوتر إلى بديل برايل .

ومما تجدر الإشارة إليه أن بوسعنا أن نستخدم الكمبيوتر مع الأفراد ذوي الإعاقة البصرية، وهذا الكمبيوتر الذي يتم استخدامه معهم عبارة عن كمبيوتر ناطق يستخدم طريقة برايل *Braille`n speak computer* وفي الغالب يكون على هيئة كمبيوتر شخصي أو على شكل كراسة *Braille`n speak is a notebook computer for individuals with visual impairments* حيث يقوم هؤلاء الأفراد بإدخال نص إلى الكمبيوتر مكتوب بطريقة برايل إذ تكون لوحة المفاتيح الخاصة بالكمبيوتر معدة بطريقة برايل فتحدث بالتالي تغذية راجعة عبارة عن نطق لتلك الكلمات من خلال الكمبيوتر، وكذلك يمكن عن طريق هذا الكمبيوتر الاتصال بشبكة الإنترنت والاستفادة من المعلومات التي تعرضها. وبذلك تلعب الوسائل التكنولوجية الحديثة دوراً هاماً بالنسبة لهؤلاء الأطفال حيث تزيد من دافعيتهم للتعلم مما يحسن من مستوى تحصيلهم، ويساعدهم على الاستفادة من كل المصادر المتاحة في بيئة التعلم وهو ما يعمل على تطوير مهاراتهم وقدراتهم المختلفة .

(٥) اضطراب الانتباه والنشاط المفرط

هناك العديد من الاستخدامات التي يمكن أن نحققها من خلال اللجوء إلى الأساليب التكنولوجية الحديثة حال استخدامها في سبيل تشخيص اضطراب قصور

الانتباه والنشاط الحركي المفرط وهو الأمر الذي يمكن أن نعرض له على الوجه التالي :

أ- الفحص الطبي لذوي اضطراب الانتباه والنشاط المفرط

يسهم الفحص الطبي في تحديد أي أسباب جسمية تعد هي المسئولة عن السلوكيات الدالة على قصور الانتباه، أو النشاط المفرط - الاندفاعية، أو كليهما كوجود مشكلات تتعلق بالغدة الدرقية، أو وجود ورم في المخ . ويمكن للطبيب أن يقرر ما إذا كانت تلك المشكلات السلوكية التي تصدر عن الطفل ترجع إلى اضطراب تشنجي كالصرع على سبيل المثال. وفي هذا الإطار يجب أن يضع بعض العوامل البيئية الأخرى في اعتباره كالتسمم بالرصاص مثلاً .

ومن جهة أخرى يمكن للطبيب أن يقرر ما إذا كان المريض يعاني من حالات أخرى تجعل من غير الممكن بالنسبة له أن يصف أدوية طبية معينة كي تساعد في السيطرة على قصور الانتباه أو فرط النشاط والتحكم فيه . فعلى سبيل المثال نجد أن ضغط الدم المرتفع، أو المشكلات التي تتعلق بالقلب، أو الربو قد تؤثر على نوع العلاج الطبي أو الدواء الذي يحدده الطبيب للطفل . أما إذا كان الطفل يعاني من اللزمات *tics* فإن الطبيب يجب أن يكون أكثر حرصاً في استخدام أدوية معينة نظراً لوجود أدلة على أن الأدوية الأكثر شيوعاً التي يتم استخدامها لعلاج ذلك الاضطراب قد تجعل مثل هذه اللزمات تزداد سوءاً. وتعد اللزمات *tics* بمثابة استجابات حركية تكرارية، ونمطية قد يصاحبها أحياناً صدور أصوات حلقية متعددة وعميقة كالنخير، أو بعض الانفجارات، أو الهياج . وتعد اللزمات الشديدة أحد الأعراض الرئيسية التي تبدو على الفرد الذي يعاني من متلازمة توريت. *Tourette* ومن الملاحظ أن هناك نسبة انتشار عالية لاضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط بين أولئك الأفراد الذين يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من متلازمة توريت .

ب- تحديد العوامل النيورولوجية المسئولة عن الاضطراب

مع تطور أساليب التصوير النيورولوجي ساهمت تلك الأساليب في اكتشاف أجزاء المخ التي يكون من المحتمل بالنسبة لها أن تتأثر بالنسبة للأفراد الذين

يعانون من اضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط . وباستخدام بعض الأساليب مثل الرنين المغناطيسي على سبيل المثال تمكن الباحثون من تحديد أن الفص الجبهي أو الأمامي، والفصوص الموجودة من مقدم التكوين الجبهي، والعقد القاعدية، *basal ganglia* والمخيخ *cerebellum* عادة ما تكون أصغر في تركيبها لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط . وفضلاً عن ذلك فإن أشعة *PET* أي البيزيترون تكشف عن وجود تدفق منخفض للدم في الفصوص الجبهية أو الأمامية والعقد القاعدية لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط .

هذا وتقع الفصوص الجبهية أو الأمامية *frontal lobes* والفصوص الموجودة في مقدم التكوين الجبهي *prefrontal lobes* في مقدمة المخ . وتعد الفصوص الجبهية على وجه الخصوص مسئولة عن قدرة الفرد على التحكم في سلوكه، أو تلك الوظائف التنفيذية التي تصدر عنه . أما العقد القاعدية فتعد مسئولة عن الاستجابات الحركية أو الحركات التي تصدر عن الفرد . وتتألف العقد القاعدية من العديد من الأجزاء بحيث نجد في واقع الأمر أن القاعدة المذنبة (في التكوينات العصبية القاعدية بالمخ) *caudet* والبروز الكروي اللحائي (بالمخ) *globus pallidus* تعد من التراكيب التي تميل إلى أن تكون هي الأصغر لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من ذلك الاضطراب . ويعد المخيخ مسئولاً هو الآخر عن التآزر والتحكم في السلوك الحركي للفرد . وقد أسفرت نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الصدد عن أنه كلما تضمن هذا الاضطراب المزيد من الجوانب المعرفية كقصور الانتباه وسوء التنظيم على سبيل المثال فإن الإعاقة في مثل هذه الحالة ترتبط بالفصوص الجبهية أو الأمامية، والفصوص الموجودة في مقدم التكوين الجبهي، بينما إذا تمثلت الإعاقة في مجال فرط النشاط فإنها ترتبط حينئذ بالعقد القاعدية، أو بالمخيخ، أو كليهما . كذلك فقد أسفرت نتائج تلك البحوث التي أجريت على الموصلات العصبية ذات الصلة بهذا الاضطراب مع العلم بأن الموصلات العصبية *neurotransmitters* هي في الواقع مواد كيميائية تساعد الحفزات أو الدفعات الكهربية أن تنتقل من نيورون *neuron* إلى آخر عن وجود خلل فيها . ويعد الدوبامين *dopamine* والنوربابنفرين *norepinephrine* هما

أكثر اثنين من تلك الموصلات العصبية يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهما أن يتعرضا لقصور في التوازن الخاص بهما لدى الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب .

جـ استخدام التكنولوجيا لتقييم الاضطراب

على الرغم من أن الفحوص الطبية، والمقابلات الإكلينيكية، ومقاييس التقدير عادة ما تعد جزءاً ضرورياً في سبيل تحديد وتشخيص الأفراد الذين يعانون من اضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط فإن الباحثين قد التفتوا في هذا الصدد إلى التكنولوجيا الحديثة للبحث عن أساليب إضافية لتقييم هذا الاضطراب . فيوجد على سبيل المثال العديد من النسخ الكمبيوترية التجارية لاختبارات الأداء المستمر *Continuous performance Test (CPTs)* وهي الاختبارات التي تتباين فيما بينها إلى حد ما . ويعمل الاختبار التقليدي على إسقاط المثيرات (مثال س، ص) بحيث يتم إسقاط أحدها في المرة الواحدة بشكل سريع على شاشة (حوالي متر واحد كل ثانية)، ويتم تعليم الفرد القيام بالضغط على زر في كل مرة يظهر فيها مثير معين (س مثلاً)، أو يبدو فيها تتابع معين (س يتبع ص مثلاً). ويقوم الكمبيوتر بتسجيل عدد الاستجابات الصحيحة، وعدد مرات الفشل في الاستجابة للمثير الصحيح (أخطاء الإغفال أو الإهمال) والاستجابات الخاطئة، أو الاستجابات للمثير الخاطئ (أخطاء أثناء أداء المهام).

وقد أصبح الآن من الشائع نسبياً للإكلينيكيين أن يقوموا باستخدام مثل هذه الاختبارات المبرمجة كي تساعدهم في تقييم أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب . وفضلاً عن ذلك فهناك أساليب تكنولوجية أخرى يمكن استخدامها للمساعدة في تحديد وتشخيص هذا الاضطراب وتتسم بدرجة أكبر من التجريبية . ومن الأساليب المبرمجة التي تم ابتكارها في هذا الصدد ذلك الأسلوب الذي ابتكره البروفسور توم هوتشنسون Tom Hutchinson بجامعة فيرجينيا *Virginia* والمعروف باسم الأداة المساعدة لحدوث الاستجابة البينية للحملقة بالعين . *Eye-gaze Response Interface Aid (ERICA)* وعلى الرغم من أن الهدف الأصلي منها كما يرى هوتشنسون Hutchinson كان يتمثل في مساعدة الأفراد

ذوي الإعاقات الحركية الشديدة على التواصل باستخدام العين فإن هذه الأداة قد أثارت العديد من البحوث في مختلف المجالات الأخرى فقام البروفسور ريك برجهام Rick Brigham من جامعة فيرجينيا أيضاً بتطوير هذا الأسلوب ليتم استخدامه في سبيل تحديد وتشخيص الأفراد الذين يعانون من اضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط ، أو صعوبات التعلم، أو كليهما . ويتم تحديد المكان الذي ينظر إليه المفحوص على شاشة الكمبيوتر حيث توجد كاميرا وأشعة تحت الحمراء *infrared rays* تنبعث من أداة شبه موصلة ثنائية الطرف تستخدم بصفة رئيسية كمقوم للتيار، فيتحول التيار المتردد إلى تيار طردي، وتعمل على أن تعكس اتجاه عين المستخدم . وتوضع الكاميرا والمحول الذي تصدر منه الأشعة أمام شاشة الكمبيوتر، ويتم قياس أثر الأشعة تحت الحمراء التي تصطدم بالعين وذلك بطريقة تسمح في واقع الأمر بالتحديد الدقيق لجهة الشاشة التي ينظر المستخدم إليها، وطول المدة التي يستغرقها في ذلك .

ثانياً : غرف المصادر

من الجدير بالذكر أن غرفة المصادر كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٩) هي فصل يتم تجهيزه بالمواد التعليمية، والأجهزة، والوسائل التعليمية المختلفة أي يتم تجهيزه بمصادر التعلم أو المصادر التعليمية المختلفة التي عادة ما يكون من شأنها أن تخدم في المراحل المختلفة التي تتضمنها العملية التعليمية . وغرفة المصادر من حيث المبنى هي فصل دراسي يأتي إليه التلاميذ لفترة محددة من يومهم الدراسي لتلقي خدمات تربوية خاصة ومبرمجة حسب جدول زمني محدد بناء علي احتياجات كل تلميذ . ومن الناحية التربوية فإن التلميذ يقضي معظم يومه الدراسي في الفصل العادي الخاص، ويتلقي تعليمه من معلم التربية الخاصة في حين يقضي التلميذ الذي يحضر إلى غرفة المصادر أغلب فترات اليوم الدراسي في الفصل العادي، ويتلقى تدريساً مكملاً أو تكميلياً من معلم التربية الخاصة، أما تعليمه الأساسي فيتم بطبيعة الحال في إطار الفصل العادي .

ومن جهة أخرى فإن ذلك الموقع الذي تشغله غرفة المصادر إنما يعد في واقع الأمر من الأمور التي يجب أن نقوم بمراعاتها، وأن نوليها الاهتمام اللازم بحيث

لا يتم تحديد مكان تلك الغرفة في أجزاء منعزلة وقليلة الاستعمال وغير مناسبة من مبني المدرسة، بل يجب أن يكون موقع غرفة المصادر علي مقربة من التلاميذ الذين ستتم خدمتهم وذلك للإقلال من الوقت الذي يمكن أن يقضيه أولئك التلاميذ في التنقل والوصول إليها، ولزيادة سرعة التفاعل بين العاملين في نسقي التربية العادية والخاصة من جهة أخرى . ويجب أن يكون واضحاً في الأذهان أن برنامج غرفة المصادر ما هو إلا جزء لا يتجزأ من برنامج المدرسة، وأن غرفة المصادر في حد ذاتها هي جزء لا يتجزأ من المدرسة أيضاً، ومن ثم فإن تحديد الموقع المناسب الذي يجب أن تشغله غرفة المصادر، ووضعها فيه عادة ما يكون من شأنه أن يسهم في تعزيز مثل هذه الفكرة لدى الجميع، وأن يعمل من جانب آخر على تيسير وتسيير العمل في سبيل تحقيق الأهداف المنشودة التي نبغي تحقيقها من خلال تنفيذ البرامج المختلفة في غرفة المصادر .

أما من حيث الحجم فإن الحجم الطبيعي الذي تشغله غرفة الصف العادي النموذجي إنما يعد بطبيعة الحال هو الحجم الأمثل لغرفة المصادر إذ أنها تتضمن أجهزة، وتجهيزات، وإعداد، وفراغ يتعلم فيه التلميذ بشكل فردي، إلى جانب التعلم أيضاً علي شكل مجموعات صغيرة . وبالتالي فإذا كانت غرفة المصادر صغيرة جداً في حجمها فإنها حينئذ لن تتح للتلميذ الفرصة كي يصير جاهزاً لتلقي تعليمه اللازم من المعلم، ومن ثم لن تحدث عملية التعلم بالصورة التي نطمح أن تكون عليها .

ومن المعروف أن الأمر لا يقف مطلقاً عند حدود الغرفة بما تضمه وتتضمنه من مصادر بل لا بد من وجود معلم يتم تدريبه وتأهيله بشكل جيد يعمل في هذه الغرفة لتقديم الخدمات والتسهيلات اللازمة لتلاميذه، ويعرف بمعلم غرفة المصادر *resource room teacher* أو معلم المصادر *resource teacher* حيث يعمل في الأساس على إشباع الحاجات المختلفة لتلاميذه . ومن ثم فإن غرفة المصادر هي ذلك الفصل الذي يتم تجهيزه بتلك المواد التعليمية، والأجهزة، والوسائل التعليمية المختلفة فضلاً عن معلم يتم تدريبه وتأهيله جيداً في سبيل مساعدة المتعلمين ذوي الإعاقات على تحقيق أقصى استفادة ممكنة من مثل هذه التجهيزات المختلفة .

وفضلاً عن ذلك فإن هذا النمط من الخدمة هو أقل الأنماط المختلفة التي يمكن اللجوء إليها في هذا الصدد عزلا للطالب حيث يقضي الطالب فيه جزءاً من يومه الدراسي بينما يقضي معظم اليوم في الصف العادي . وعلى هذا الأساس فإن مفهوم غرفة المصادر من هذا المنطلق إنما يتعدى في واقع الأمر مجرد الحيز المكاني الذي تجري فيه وتنطلق منه الخدمات التربوية المتخصصة التي يتم تقديمها للطلاب إذ أنها تعد بمثابة نظام تربوي يضم ويتضمن برامج متخصصة تكفل للتلميذ أن تتم تربيته وتعليمه بشكل فردي يتناسب بصورة جوهرية مع خصائصه المميزة، واحتياجاته، وقدراته، وما يتسم به من مهارات . كما أنها تعمل من جهة أخرى على أن تفسح المجال أمامه لكي يتعلم في الفصل العادي بشكل شامل بحيث لا يتعلم المعلومات والمهارات الأكاديمية فحسب، بل يتعلم أيضاً التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين بما يتطلبانه من مهارات متنوعة ومختلفة . ونظراً لأنهما إنما يعدان بمثابة عنصرين من أهم عناصر ومقومات الحياة الاجتماعية السليمة فإن ذلك عادة ما يكون من شأنه أن يسهم في تحقيق الاندماج الاجتماعي من جانبه .

وكما تتنوع أنماط غرف المصادر بين غرف فئوية أي تخص فئة بعينها من فئات الأفراد ذوي الإعاقات، وغرف بين فئوية أي تخص أكثر من فئة واحدة حيث يمكن استخدام محتوياتها لأكثر من فئة واحدة من تلك الفئات، وغرف غير فئوية أي تستخدم لأي فئة بعد اختيار المصادر المناسبة التي يمكن أن تفيد هذه الفئة أو تلك فإن هناك على الجانب الآخر معلم غرفة مصادر فئوي أي يتخصص في تقديم الخدمة لفئة بعينها، *categorical research teacher* أو معلم غرفة مصادر غير فئوي أو عام *non- categorical* أي أنه يكون متخصصاً على أثر ذلك في مصادر التعلم بشكل عام، ويختار لكل متعلم ما يتناسب معه من مصادر بحسب حالته أو إعاقته حيث يقضي الطفل بتلك الغرفة جانباً من اليوم الدراسي يعود بعده إلى فصله، ولكنه في بعض الحالات الخاصة قد يقضي به اليوم كاملاً . وعلاوة على ذلك فإن مثل هذا المتعلم قد يتلقى دعماً إضافياً من معلم التربية الخاصة وذلك في الفصل العادي . ولذلك فقد أضحى برنامج غرف المصادر في الواقع من أكثر البدائل شيوعاً على متصل بدائل التسكين أو التمكين في التربية الخاصة منذ أوائل الثمانينيات من القرن الماضي .

ومن المعروف وفقاً لما يشير إليه عادل عبدالله (٢٠٠٩) أن التلميذ عادة ما يتلقى تدريبات معينة أو خاصة في غرفة المصادر مع بقائه مدمجاً مع زملائه في الفصل العادي بمعنى أنه يقضي وقتاً محدداً من اليوم في غرفة المصادر قد يصل إلى حصتين أو أقل أو أكثر بينما يقضي الجزء الأكبر من اليوم في الفصل، إلا أن الأمر قد يختلف في بعض الحالات حيث قد يتم إرسال الطفل إلى غرفة المصادر لتلقي تدريب على مهارة معينة لعدة أيام يعود بعدها إلى الفصل إذ أن التلميذ الذي يستخدم غرفة المصادر غالباً ما يكون من ذوي الإعاقات ذات المستوى البسيط ، بينما الإعاقات الأكثر شدة من ذلك فيتم التعامل معها داخل الفصل . وعادة ما يتم العمل في غرفة المصادر بطريقة منهجية إكلينيكية يتعاون فيها معلم غرفة المصادر من جانب مع معلم الفصل العادي من جانب آخر . وعلاوة على ذلك فإن ترتيب غرفة المصادر لا يظل على حاله مع كل الحالات التي تستخدمها، بل على العكس فإنه يمكن أن يتغير وذلك بحسب احتياجات وخصائص كل حالة وهو ما يعكس ما تكون عليه مثل هذه الغرفة من مرونة . والأهم من ذلك أن العمل في غرفة المصادر إنما يتم وفقاً لتعليمات المدرسة . ومع ذلك فإننا يجب أن نضع في أذهاننا أنه قد لا تتوفر كل الإمكانات اللازمة لغرفة المصادر مما قد يقلل من كفاءتها، وأن عدم وجود معلم غرفة المصادر المؤهل جيداً، وعدم وضوح التصور الكافي لذلك الدور الذي يمكن أن يلعبه معلم الفصل معه قد يؤدي إلى نفس النتيجة تقريباً . وفضلاً عن ذلك فإن البرنامج الذي يتم تقديمه فيها لا يصلح للتعامل مع كل الإعاقات حتى في مستوياتها البسيطة وهو الأمر الذي يؤكد على فردية أو تفرد ما يتم تقديمه فيها من برامج .

ويشير فاروق صادق (٢٠٠٦) إلى أننا عند اختيار موقع غرفة المصادر لذوي صعوبات التعلم يجب أن نراعى ألا تكون معزولة عن باقي الفصول، بل يجب أن تكون في وسط الفصول التي تخدمها أو بجوارها، وألا يقل حجمها عن حجم الفصل العادي حتى تستوعب كل التجهيزات والأركان المناسبة للأنشطة والتدريس للفئات التي تستخدمها، وأن يتم ترتيبها في الأساس بشكل وظيفي بحيث توضع المصادر في الأركان المختلفة بما يسمح بتحقيق الغرض المنشود . ولا يختلف الأمر بالنسبة للفئات المختلفة عن ذلك التصور ذاته .

ومن أهم هذه الأركان الأكشاك التعليمية *carrels* التي تعد بمثابة مكان للاستذكار، وأداء الأعمال والواجبات الفردية، ويوجد بكل كشك من تلك الأكشاك التي يتراوح عددها بين ٤ ــ ٦ أكشاك منظر صغير مثبت بحائط الكشك، ومرآة على الحائط، ومصباح كهربي فلورسنت، وكرسي مناسب لجلوس التلميذ، وكرسي آخر للمعلم عند الضرورة . وهناك ركن اللغة العربية، ويتم فيه تعلم القراءة، والكتابة، والتهجي، والإملاء، والتخاطب، ومن ثم توجد به أجهزة التخاطب، والوسائل التعليمية اللازمة، والتدريبات العلاجية الخاصة بها . أما ركن الرياضيات فيضم تلك الوسائل التعليمية والتقنية والمواد التعليمية المناسبة للعمليات الحسابية سواء تم إجراؤها يدوياً أو باستخدام الكمبيوتر . ويتضمن ركن النشاط النفس حركي تدريبات التآزر بين العين واليد، والأذن واليد، أو الوقوف والجلوس، والتدريبات الأرضية، أو على السبورة باليدين أو الأصابع أو الأرجل مما يسهم في حدوث التكامل النفس حركي لأداء مواقف التعلم . ويتضمن ركن التكنولوجيا الكمبيوتر وتطبيقاته في المجالات الأكاديمية المختلفة، والتليفزيون، والفيديو، والانترنت، ووصلات بالقنوات الفضائية المختلفة . كما يجب أن يكون هناك مكان محدد توضع به ملفات التلاميذ يسجل بها المتابعات المستمرة لهم، فضلاً عن وجود مكتبة مناسبة تتضمن الكتب والأشرطة والأسطوانات المناسبة لمستوى التلاميذ الموجودين في غرفة المصادر .

وعلاوة على ذلك ينبغي أن توجد ترابيزات (طاولات) للعمل الجماعي يفضل أن تكون دائرية أو بيضاوية الشكل مع وجود كراسي تناسب أعمار التلاميذ، ومكتب صغير وكرسي مناسب للمعلم يتم وضعهما في مكان ملائم يسهل له متابعة كل ما يجري داخل الغرفة . ويتم العمل في غرفة المصادر وفقاً لجدول معين بحيث يتم وضع أسماء التلاميذ، والمعلمين، وتوزيع ساعات العمل، والواجبات على لوحة الحائط التي تكون ذات جيوب تتضمن المواعيد، والأسماء، والتكليفات اليومية . وتكون المناهج والكتب المستخدمة في غرفة المصادر هي نفس المناهج والكتب التي يتم استخدامها في المدرسة، أما الاختبارات فهي تشخيصية في الغالب. ويكون هناك تصور تشخيصي علاجي لمحتوى المنهج، ودليل صعوبات تعلم لكل مادة دراسية يمكن الاعتماد عليه في التعرف على ما يمكن أن يعانيه

التلاميذ من صعوبات تعلم في هذه المادة أو تلك . وإذا لم توجد هناك اختبارات مقننة يمكن اللجوء إليها يتم بناء الاختبارات اللازمة على أن تكون متدرجة وشبه مقننة وذلك في كل مجال من مجالات صعوبات التعلم بداية من الروضة وما بعدها. وبالتالي يصبح من الممكن تشخيص التلميذ، وتحديد مستواه، وتحديد التدريبات العلاجية اللازمة فضلاً عن متابعة مستواه سواء من جانب معلم غرفة المصادر أو معلم الفصل . وأخيراً يجب أن يتم عقد مؤتمر للحالة *case conference* كل فترة وذلك لمتابعة الحالات فردياً من كل جوانبها، ويتم توجيه الدعوة إلى أولياء الأمور والأخصائيين للإدلاء بما لديهم من معلومات تتعلق بحالة التلميذ ومتابعته .

وإذا كان الأمر يسير على هذه الشاكلة بالنسبة للمتعلمين ذوي صعوبات التعلم فإن الأمر برمته لن يختلف عن ذلك بالنسبة للمتعلمين ذوي الإعاقات الأخرى إلا قليلاً وذلك بحسب ما تقتضيه ظروف الحالة، وما تتطلبه الإعاقة التي يعاني التلميذ منها . إلا أن الإجراءات المتبعة لن تختلف عما يتم إتباعه مع المتعلمين ذوي صعوبات التعلم والتي تم توضيحها هنا . كذلك فإن غرفة المصادر يجب أن تتضمن العديد من أساليب التكنولوجيا الحديثة التي يتم تدريب التلاميذ عليها، وتعليمهم بواسطتها .

أنواع غرف المصادر

ذكرنا منذ قليل أن غرف المصادر تتنوع في أنماطها لتضم ثلاثة أنماط أو أنواع أساسية لكل منها أهميته وجدواه . وهناك في الواقع ظروف معينة وعوامل متعددة هي التي تحكم اختيارنا لهذا النمط أو ذاك، ومن ثم فنحن لسنا في مجال للمقارنة بين تلك الأنماط كي نقرر من منها هو الأكثر أهمية من غيره من الأنماط الأخرى، ومن منها هو الأقل في أهميته نظراً لأن لكل منها أهميته، والظروف التي تحتم علينا اللجوء إليه دون سواه .

كذلك فإذا كانت أهمية غرف المصادر الفئوية تزداد في مواقف شتى فإننا لا نستطيع أن نجزم أنها تكون هي الأفضل دائماً خاصة ونحن نتعامل في مجال التربية الخاصة على المستوى الفردي حيث تختلف احتياجات كل طفل أو كل

متعلم عن احتياجات غيره من الأطفال أو المتعلمين الآخرين، فقد نلجأ في بعض الحالات إلى غرف المصادر بين الفئوية بجانب غرف المصادر الفئوية، والعكس صحيح . وعادة ما توجد غرف المصادر غير الفئوية في حالات معينة كتلك المراكز التي تتم إحالة الأطفال إليها كي يتم اتخاذ قرار بشأن إمكانية استفادتهم من التربية الخاصة وما يرتبط بها من خدمات مختلفة، *eligibility for special education and related services* أو في المدارس التي يتم دمج أكثر من فئة واحدة بها سواء كانت من مدارس التربية الخاصة أو مدارس التعليم العام وهو الأمر الذي بدأ يتزايد مع اتساع نطاق دمج الأطفال ذوي الإعاقات مع أقرانهم الذين لا يعانون من أي إعاقات وذلك في مدارس التعليم العام . كما يمكن أن توجد مثل هذه الغرف أيضاً في تلك الأماكن التي لا تشهد إلا اهتماماً (غير كاف في الغالب) ببعض فئات التربية الخاصة دون سواها مع الاهتمام بتخريج أخصائي عام أو غير فئوي، أو في حالة عدم وجود الدعم المالي اللازم والذي يكفي لإعداد غرف مصادر التعلم الفئوية . ويمكن أن نتناول أنواع أو أنماط غرف المصادر على النحو التالي :

١- غرف المصادر الفئوية :

تعد غرف المصادر الفئوية *categorical* هي النمط أو النوع السائد في كثير من دول العالم وخاصة في مدارس التربية الخاصة التي لا زالت تعمل بنظام العزل كمدارس التربية الفكرية لذوي الإعاقة العقلية الفكرية، ومدارس الأمل لذوي الإعاقة السمعية، ومدارس النور لذوي الإعاقة البصرية على سبيل المثال . وتقوم غرف المصادر هذه على تخصيص غرفة مصادر لكل فئة من فئات الإعاقة كأن توجد مثلاً غرفة مصادر لصعوبات التعلم، وأخرى للإعاقة العقلية، وثالثة للإعاقة السمعية، ورابعة للإعاقة البصرية، وخامسة لاضطراب التوحد، وسادسة للاضطرابات الانفعالية، وهكذا . ولا يوجد أي نوع من أنواع التداخل بين مثل هذه الغرف نظراً لأن كلاً منها يختص بفئة معينة دون سواها، وتتضمن مصادر التعلم التي يعد الطفل ممن يعانون من هذه الإعاقة أو تلك في حاجة إليها حيث يمكنه أن يحقق الاستفادة منها نظراً لأنها يمكن أن تسهم في إشباع حاجاته .

٢- غرف المصادر بين الفئوية :

ويتم في هذا النوع من أنواع غرف المصادر وهو النوع بين الفئوي *cross categorical* وضع التلاميذ في مثل هذه الغرف وفقاً لاحتياجاتهم المختلفة وذلك بدلاً من تصنيفهم إلى تلك الفئات التقليدية المعروفة التي تؤدي بالتالي إلى وضعهم في غرف المصادر الفئوية . ويسمح هذا النوع من الغرف بأن تتعدد غرف المصادر في المدرسة الواحدة، ولا تقتصر بالتالي على غرفة واحدة فقط كما هو الحال في الغالب بالنسبة لغرف المصادر الفئوية . ومع ذلك فإن غرف المصادر بين الفئوية لا تسمح للمعلم بتطبيق برنامج تربوي أو تدريبي أو علاجي مناسب نظراً لوجود عينات غير متجانسة من المتعلمين في نفس الغرفة الواحدة، بل ووجود متعلمين من فئات متعددة في ذات الغرفة، ولكنه يقوم بدلاً من ذلك بتوجيه الاهتمام إلى الحاجات المتشابهة لمثل هؤلاء المتعلمين كالحاجات الأكاديمية، أو الاجتماعية، أو الجسمية، أو السلوكية على سبيل المثال، أو غيرها، ويتم العمل بطبيعة الحال على إشباع تلك الحاجات .

وعلى الرغم من ذلك فإن هذا النوع من أنواع غرف المصادر يعد هو السائد بين تلك البرامج التي تقوم المدارس المختلفة بتقديمها في معظم الدول المتقدمة حيث تعد احتياجات التلاميذ أو المتعلمين هي الأساس في تحديد البرنامج المستخدم وليس النموذج الذي يتم تطبيقه معهم . وقد يرجع ذلك إلى أن التعامل في غرف المصادر غالباً ما يكون مع الإعاقات ذات المستوى البسيط أما الإعاقات المتوسطة أو الشديدة فإن الفصل الخاص يكون هو المناسب للتعامل معها . وبذلك نلاحظ أن وضع التلاميذ في مثل هذه الغرف إنما يتم بناء علي احتياجاتهم الخاصة بدلا من تصنيفهم إلى فئات معينة . وبذلك فسوف يكون من الطبيعي في هذا النوع من الغرف أن يوضع التلاميذ ذوو صعوبات التعلم، وأقرانهم ضعاف السمع أو اضطرابات النطق في غرفة مصادر واحدة، كما يكون من المفترض أن يتم تخصيص برامج تربوية ملائمة تتطلب الانتباه إلى المتغيرات الأخرى مثل الاحتياجات الأكاديمية والاجتماعية والبدنية حتى يمكن أن تتحقق فعالية البرنامج المستخدم آنذاك إذ أن مثل هذا البرنامج إنما ينطلق من فرضية أن مثل هؤلاء الأطفال ذوي التصنيفات المختلفة عادة ما تكون لهم احتياجات متشابهة إلى حد كبير .

٣- غرف المصادر غير الفئوية :

يمثل هذا النوع من الغرف ثالث أنماط غرف المصادر، ويتطلب وجود معلمين مدربين وعلى درجة عالية من التأهيل نظراً لأن هذا النمط من غرف المصادر إنما يوجد في تلك المراكز التي تتم إحالة الأطفال المعرضين للخطر إليها حتى يتم اتخاذ قرار بشأن إمكانية استفادتهم من التربية الخاصة وما يرتبط بها من خدمات. وبالنسبة لصعوبات التعلم فإن تلك الغرف من هذا المنطلق يمكن أن تتم الاستفادة منها في سبيل التأكد من استجابة الأفراد للتدخل حتى يتسنى استخدامه كبديل لمحك التباين، ويتم على أثر ذلك تشخيصهم على أنهم يعانون أو في المقابل لا يعانون من صعوبات التعلم .

ومن جهة أخرى فإن هذا النوع من غرف المصادر يمكن أن يوجد في تلك المدارس التي يتم دمج أكثر من فئة واحدة من فئات الإعاقة بها سواء كانت تلك المدرسة تعمل بنظام التربية الخاصة أو بنظام التعليم العام وهو الأمر الذي بدأ يتزايد مع زيادة الاهتمام بموضوع دمج الأطفال ذوي الإعاقات مع أقرانهم الذين لا يعانون من أي إعاقات وذلك في مدارس التعليم العام . وفضلاً عن ذلك فإن تلك الغرف يمكن أن توجد أيضاً في تلك البلاد التي تشهد اهتماماً محدوداً ببعض فئات التربية الخاصة دون سواها مع الاهتمام في ذات الوقت بتخريج أخصائي عام أو غير فئوي وهو الأمر الذي يحدث في كل البلدان النامية تقريباً وخاصة عندما تشرع في تطبيق نظام الدمج حيث تحرص على أن يستفيد التلاميذ جميعاً سواء من ذوي الإعاقات أو من غير ذوي الإعاقات من هذه المواد التعليمية . كذلك فعندما لا يوجد الدعم المالي اللازم الذي يكفي لإعداد غرف مصادر التعلم الفئوية يتم اللجوء إلى مثل هذه الغرف كبديل لها . ومع ذلك فإن هذه الغرف كغرف المصادر بين الفئوية قد لا تمكن المعلم في الواقع من تطبيق برنامج تربوي أو تدريبي أو علاجي مناسب أو ملائم نظراً لوجود عينات غير متجانسة من المتعلمين في نفس الغرفة، بل ووجود متعلمين من فئات متعددة من الإعاقات أو حتى من غير ذوي الإعاقات في ذات الغرفة مما يدفع بالمعلم بطبيعة الحال إلى أن يقوم بدلاً من ذلك بتوجيه الاهتمام إلى تلك الحاجات المتشابهة لمثل هؤلاء المتعلمين، والعمل على إشباعها .

ثالثاً : التكنولوجيا المساعدة

من الجدير بالذكر أن بداية الثمانينيات من القرن المنصرم قد شهدت بداية الاهتمام الفعلي والحقيقي بإدخال الكمبيوتر وغيره من الأساليب التكنولوجية الحديثة إلى ميدان التربية الخاصة . وكان الخبراء في هذا المجال على درجة كبيرة من الحماس تجاه تحقيق الفوائد المنتظرة من استخدام مثل هذه الأساليب مع الأفراد ذوي الإعاقات بصفة عامة حيث استفاد هؤلاء الأفراد من الفئات المختلفة من كثير من الأدوات والأساليب التي تم استخدامها في الأساس مع الأفراد الذين ينتمون إلى فئات أخرى من الفئات المختلفة للإعاقة غير تلك الفئة التي يتم التعامل معها في الواقع .

وفي هذا الإطار هناك العديد من الأجهزة التكنولوجية الحديثة التي تعد بمثابة أجهزة تعويضية أو مساعدة يمكن أن تسهم بدرجة كبيرة في مساعدة هؤلاء الأطفال على تحقيق تلك الأهداف من البرامج المستخدمة، والتي تتمثل غالبيتها في تحقيق التواصل والتعلم . وفي هذا الإطار هناك أجهزة تستخدم مع الأفراد الصم كسماعات الأذن على سبيل المثال، والكمبيوتر، أو حتى التليفونات الهزازة، أو مكبرات الصوت، وغيرها . وبالنسبة للمكفوفين هناك المصححات البصرية كالنظارات، والعدسات اللاصقة، والعدسات المكبرة، أو العدسات التي يتم زرعها في العين بعد إجراء عمليات جراحية معينة، وهناك كذلك آلة برايل الكاتبة، والكمبيوتر الناطق، وجهاز الفارسابرايل، وغيرها . أما بالنسبة للأطفال الصم المكفوفين فإن الأمر يتوقف على درجة الفقد السمعي، ودرجة الفقد البصري حتى يتم تحديد تلك الأجهزة التي يمكن الاستعانة بها في هذا الصدد، والتي يمكنهم الاستفادة منها .

وتشير بورجستالر (٢٠٠١) Burgstahler إلى أن الكمبيوتر يمكن أن يفيد كثيراً في مجالات الإعاقة الحسية كغيرها من الإعاقات الأخرى حيث يستخدم الكمبيوتر الناطق للمكفوفين أو ضعاف البصر، كما تستخدم العروض البصرية أيضاً في إطار تلك البرامج الخاصة بالصم وضعاف السمع . ويدخل الكمبيوتر في هذا المضمار في إطار ما يعرف بالوسائل التكنولوجية المساعدة . وعند استخدام مثل هذه الوسائل فإننا يجب أن نتعامل مع الوضع الراهن للفرد، وكيف يمكننا أن نستخدم تلك الوسائل معه في سبيل مساعدته على تحقيق تلك الأهداف التي يتم تحديدها في هذا الإطار .

وغني عن البيان أن استخدام مثل هذه الوسائل لا يخلص الفرد من إعاقته الحسية حيث أن تلك الإعاقة موجودة قبل استخدام هذه الوسائل وبعده، إلا أن استخدامها يعمل على الحد من الآثار السلبية للإعاقة أي يساعد الفرد في التغلب على كثير من المشكلات أو الصعوبات التي تترتب عليها . وبالتالي فإن مثل هذه الوسائل يمكن أن تساعده بدرجة كبيرة في الاندماج مع الآخرين . وإذا كان الكمبيوتر يستخدم مع المكفوفين وضعاف البصر فإن هناك في واقع الأمر أكثر من طريقة واحدة لمثل هذا الاستخدام، أي أن استخدامه مع أعضاء مثل هذه الفئة يتعدد ويتنوع بحسب الكثير من المتغيرات، والمواقف، والظروف المختلفة وهو الأمر الذي يتيح لأكبر عدد منهم أن يستفيدوا منه بعد أن يتم تدريبهم على استخدامه بالشكل الذي يمكن أن يحقق لهم الاستفادة منه حيث يسهم بقدر كبير في تحقيق ما نحدده لتلك البرامج التي نختارها لهم ونستخدمه فيها من أهداف مختلفة . ومن هذه الطرق ما يلي :

١- تكبير الشاشة باستخدام التكنولوجيا الحديثة وذلك من ضعفين إلى ستة عشر ضعفاً حتى يتمكن ضعاف البصر من رؤية ما يتم عرضه على تلك الشاشة بشكل جيد .
٢- تكبير النص المكتوب على الشاشة، أو تكبير نص معين وعرضه على الشاشة وذلك باستخدام أدوات فحص أوتوماتيكي معينة (سكانر *scanner*) إذ يتم تكبير الخط حتى يصبح واضحاً للطفل .
٣- تكبير صور معينة أو خطوط مرسومة وذلك بإتباع ذات الأسلوب الذي عرضنا له في النقطة السابقة .
٤- أن تكون المخرجات التي يتم الحصول عليها من الكمبيوتر مكتوبة بطريقة برايل حتى يستطيع مثل هذا الشخص أن يستفيد منها .
٥- أن يتم استخدام مدخلات كلامية بدلاً من استخدام لوحة المفاتيح إذا لم يستطع الطفل استخدامها بمعنى أن يتحدث الفرد أمام الكمبيوتر مستخدماً الميكروفون فيدخل النص المستهدف إلى الكمبيوتر دون استخدام لوحة المفاتيح . كما يمكن استخدام ذات الأسلوب لمن يعانون من اضطرابات في حاسة اللمس، أو لمن يفقدون الحساسية في أصابعهم وأيديهم عامة .

٦- أن يتم استخدام برنامج ناطق وتحميله على الكمبيوتر حيث تتم قراءة الشاشة بالكامل مع كل تغير يحدث عليها .

أما بالنسبة للأطفال الصم أو ضعاف السمع فإن هناك بعض التواؤمات البسيطة فقط هي التي يتم إدخالها على الكمبيوتر وعلى تلك البرامج التي يمكن استخدامها من خلاله حيث يتم إدخال العروض البصرية على البرامج المختلفة على سبيل المثال، ويتم إلى جانبها استخدام الإشارات المتنوعة في هذا الإطار .

كما يرى لين (٢٠٠٠) Lin أن الوسائل التكنولوجية الحديثة تعمل على زيادة فرص التعلم أمام هؤلاء الأطفال بشكل عام، وتساعدهم على اكتساب الاستقلالية، والحركة، والتواصل، والاختيار، والسيطرة على البيئة . كما أن من شأنها أن تسهم أيضاً بشكل كبير في اكتشاف جوانب قوتهم والتعرف عليها وتحديدها إلى جانب التعرف الدقيق على جوانب الضعف أو القصور التي يعانون منها . وهناك ثلاث مزايا رئيسية لاستخدام تلك الوسائل مع أولئك الأطفال هي :

١- أنها تمكن الطفل من تناول كل المكونات التي تتضمنها بيئة التعلم والاستفادة منها.
٢- يمكن من خلالها تحسين الأداء الأكاديمي لهؤلاء الأطفال .
٣- أنها تسهم في ارتفاع مستوى دافعيتهم بشكل كبير .

وجدير بالذكر أن الأطفال المعوقين بصرياً يمكنهم باستخدام مثل هذه الوسائل أن يتعرفوا على الأخبار يومياً، وأن يتحركوا من مكان إلى آخر، ويستطيع الموهوبون موسيقياً من بينهم أن يقوموا بالتلحين أو التأليف الموسيقي، كما يمكن لهؤلاء الأطفال أيضاً أن يستخدموا الكمبيوتر في سبيل إنجاز العديد من المهام التي لم يكن باستطاعتهم تناولها من قبل . هذا ويؤكد لين Lin أن استخدام تلك الأساليب يمكن أن يعود بالعديد من الفوائد على أولئك الأطفال من بينها ما يلي :

١- تحسين مستوى تحصيلهم الدراسي وزيادته .
٢- مساعدتهم على إجادة المهارات اللازمة لأداء مختلف الأنشطة .
٣- أنها تعمل كوسيلة لرفع مستوى دافعيتهم، وتحسين اتجاهاتهم نحو التعلم، وزيادة ثقتهم بأنفسهم وتقديرهم لذواتهم .
٤- تحسين قدرتهم على تذكر وفهم المادة الدراسية .

٥- أنها تعمل على تحسين مهاراتهم التنظيمية، وعلى تنمية مهاراتهم في حل المشكلات.
٦- تساعدهم على تحقيق الاستقلالية في التعلم .
٧- تزيد من فرص انغماس أفراد الأسرة في عملية تعليم ابنهم أو ابنتهم .
٨- أنها تسهم كذلك بشكل فعال في زيادة معارف ومهارات المعلمين وتحسينها.

ومما تجدر الإشارة إليه أن الكمبيوتر الذي يتم استخدامه مع الأطفال ذوي الإعاقة البصرية هو عبارة عن كمبيوتر ناطق يستخدم طريقة برايل *Braille`n speak computer* وفي الغالب يكون على هيئة كمبيوتر شخصي أو على شكل كراسة *Braille`n speak is a notebook computer for individuals with visual impairments* حيث يقوم هؤلاء الأفراد بإدخال نص إلى الكمبيوتر مكتوب بطريقة برايل إذ تكون لوحة المفاتيح الخاصة بالكمبيوتر معدة بطريقة برايل فتحدث بالتالي تغذية راجعة عبارة عن نطق لتلك الكلمات من خلال الكمبيوتر، وكذلك يمكن عن طريق هذا الكمبيوتر الاتصال بشبكة الإنترنت والاستفادة من المعلومات التي تعرضها . وبذلك تلعب الوسائل التكنولوجية الحديثة دوراً هاماً بالنسبة لهؤلاء الأطفال حيث تزيد من دافعيتهم للتعلم مما يحسن من مستوى تحصيلهم، ويساعدهم على الاستفادة من كل المصادر المتاحة في بيئة التعلم وهو ما يعمل على تطوير مهاراتهم وقدراتهم المختلفة .

مفهوم التكنولوجيا المساعدة

أطلق الخبراء سواء في مجال التربية الخاصة أو في مجال تكنولوجيا التعليم وخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة على مثل هذه الأدوات والأساليب التكنولوجية التي تم استخدامها لمساعدة الأفراد ذوي الإعاقات بشكل عام على تحقيق أهداف وأغراض حياتية وأكاديمية على درجة كبيرة من الأهمية بالتكنولوجيا المساعدة . ومن هذا المنطلق تعد التكنولوجيا المساعدة *assistive technology* بمثابة جانب أساسي وهام من نسق المساندة الذي يتم تخصيصه لأولئك لمتعلمين ذوي الإعاقات حتى يصبح بوسعهم أن يحققوا النجاح المنشود في إنجاز المهام المختلفة التي يتم

تكليفهم بها حيث عادة ما يكون من شأنها أن تمدهم بالوسيلة اللازمة التي تمثل المساندة العلاجية أو التعويضية اللازمة في الفصل أو في تحقيق التعلم المستقل .
وتعرف باختصار بأنها هي المساعدة التي يتم تقديمها للفرد حتى يتمكن من إنجاز ما يتم إسناده إليه أو تكليفه به من مهام أو أنشطة حيث تعمل على الإقلال من اعتماده على الآخرين في ذلك مما يكون من شأنه أن يزيد من تقديره لذاته، وأن يقلل من شعوره بالقلق . ويعد أي أسلوب تكنولوجي ينتمي إلى التكنولوجيا المساعدة بمثابة أي جهاز، أو أي منتج يمكن استخدامه في سبيل تنمية أو زيادة وتحسين مستوى قدرات الأفراد ذوي الإعاقات، أو هو تلك الأدوات والوسائل التي يتم اللجوء إليها في سبيل تحقيق الاستقلالية في أي جانب من جوانب الحياة اليومية. وتتراوح مثل هذه الأساليب بين الأساليب رخيصة التكاليف التي يقل التعقيد التكنولوجي فيها إلى تلك الأساليب التي تتسم بتعقيدها التكنولوجي والتي تتطلب المزيد من التدريب حتى يمكن استخدامها بالشكل المطلوب .

ومما لا شك فيه أن التكنولوجيا الحديثة لها أثرها الفعال على الأفراد ذوي صعوبات التعلم كما ترى سوزان فوجيل (١٩٩٣) Vogel وستينسون (١٩٩٣) Stinson وذلك في جميع جوانب حياتهم اليومية سواء في الفصل أو العمل أو المنزل أو المواقف الاجتماعية المختلفة إذ أنها تعد في واقع الأمر وسيلة فعالة يمكن بمقتضاها أن يتحسن أسلوب الفرد ممن يعانون من صعوبات التعلم في تناول مختلف الأشياء، أو دراسة المقررات الأكاديمية المختلفة شريطة أن تتناسب تلك الوسيلة مع الفرد ذاته وخصائصه المختلفة، ومع صعوبة التعلم التي يعاني منها، ومع المادة الأكاديمية التي يقوم بدراستها حيث أن بعض هذه الوسائل يصلح لتناول اللغة، أو الكتابة، أو القراءة، أو الرياضيات، أو العلوم، وهكذا . كما أن بعضها الآخر يصلح لأنماط معينة من صعوبات التعلم دون غيرها من الأنماط الأخرى فضلاً عن أن بعضها يصلح للمتعلمين من كافة الأعمار كالكمبيوتر مثلاً في حين يصلح بعضها الآخر للمتعلمين من فئات عمرية بعينها . ومن الملاحظ أن الفرد ذاته قد يحتاج أن يتم تدريبه على الاستخدام الصحيح للأداة أو الوسيلة التي يتم تقديمها له أو استخدامها في سبيل تحقيق أهداف محددة وذلك حتى يتمكن من استخدامها بشكل مناسب، وتحقيق الأهداف المنشودة أو الأغراض المستهدفة وهو الأمر الذي نصبو عادة إليه .

وغني عن البيان أن هناك نقطة أخرى غاية في الأهمية تتعلق بمثل هذه الوسائل تتمثل في أننا ينبغي أن نضع في اعتبارنا عند تناول أي وسيلة تكنولوجية ألا نتناولها من الجانب التكنولوجي بقدر ما نفكر فيما يمكن أن تقدمه للمتعلم من فائدة . ومن أهم هذه الوسائل نجد مثلاً تلوين الكلمات المتشابهة باستخدام الكمبيوتر والذي يفيد ذوي صعوبات التعلم في القراءة، وبرنامج تصحيح الكلمات التي يتم تلوينها وذلك لذوي صعوبات التعلم في الكتابة، وبرنامج الإدراك البصري للحروف *optical character recognition OCR* والذي يقوم على إدخال نص مكتوب للكمبيوتر باستخدام الماسح الضوئي *scanner* فتتم قراءته عن طريق المؤلف الصوتي، *speech synthesizer* وهناك أيضاً إلى جانب ذلك برنامج الإدراك الصوتي *speech recognition* الذي يناسب المراهقين ذوي صعوبات التعلم وهو البرنامج الذي يسمح للمتعلم بالتحدث شفوياً أمام الكمبيوتر الذي يقوم بدوره بتحويل اللغة الشفوية إلى نص مكتوب . ومع ذلك فإن التكنولوجيا في حد ذاتها ليست في واقع الأمر هي الحل المناسب لكل المشكلات التي يمكن أن تواجه الأفراد ذوي صعوبات التعلم وغيرهم من ذوي الإعاقات المختلفة بمعنى أنهم يجب ألا يعتمدوا على مثل هذه الأساليب التكنولوجية فقط في سبيل مواجهة كل ما يمكن أن يصادفهم من مشكلات .

أهمية التكنولوجيا المساعدة

من الجدير بالذكر أن استخدام التكنولوجيا المساعدة بما تضمه وتتضمنه من أدوات مختلفة وأساليب متباينة ووسائل متعددة ومتنوعة يمكن أن يعود بالعديد من الفوائد على المتعلمين ذوي الإعاقات . ومن الملاحظ أن التكنولوجيا المساعدة إنما يمكنها في واقع الأمر كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٩) أن تؤدي دورين أساسيين في هذا المضمار أحدهما علاجي *remedial* وذلك عندما يستمع التلميذ إلى برنامج الكمبيوتر الذي يقرأ ذلك النص الذي يكون قد تم إدخاله إليه باستخدام الماسح الضوئي مع قيام ذلك التلميذ بمتابعة النص المكتوب ومحاولة تعلم الكلمات غير المألوفة، وبذلك يتمثل الهدف المنشود في تلك الحالة في تحسين بعض جوانب القصور التي يعاني منها التلميذ، ويعد ذلك هو المحور الأساسي الذي يدور التعليم

أو التدريس العلاجي في فلكه . أما الدور الآخر فهو تعويضي *compensational* ويحدث ذلك عندما يستمع التلميذ إلى شريط مسجل بدلاً من قراءة نص مكتوب حتى يتمكن من الإجابة على الأسئلة التي تليه لكي يتغلب بذلك على صعوبة تتعلق بالقراءة، وبالتالي لا يكون هدفه تعلم القراءة .

وفي كل الأحوال فإن الوسائل والأساليب التكنولوجية المختلفة التي يتم استخدامها في هذا الميدان إنما تعمل في واقع الأمر على تحقيق العديد من الفوائد التي تنعكس إيجاباً على أولئك الأفراد حيث تساعدهم في الأساس على أن يقوموا بجني الكثير من الثمار . ويمكن لنا أن نقوم بإجمال مثل هذه الفوائد أو إجمال أهمها في النقاط التالية :

١ - أنها تعمل على تقديم التغذية الراجعة الفورية لهؤلاء الأفراد أو المتعلمين وهو الأمر الذي يعد أولئك الأفراد في حاجة ماسة إليه نظراً لأهمية التغذية الراجعة في هذا المضمار .

٢ - أنها تسمح لكل فرد من هؤلاء الأفراد أو المتعلمين بأن يتقدم في عملية التعلم أو يسير فيها بالسرعة التي تتناسب معه، والتي تتفق مع قدراته وإمكاناته .

٣ - أنه من الممكن أن يتم تغيير المحتوى التعليمي الذي يتم تقديمه لكل متعلم باستخدام التعليم بمساعدة الكمبيوتر وهو الأمر الذي يؤكد على نقطة غاية في الأهمية وخاصية رئيسية يتميز بها تعليم الأفراد ذوي الإعاقات هي تفريد التعليم .

٤ - أن استخدام مثل هذه الوسائل والأساليب إنما يساعد هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات على تحقيق الكثير مما يتم تحديده لهم من أهداف منشودة وأغراض مستهدفة والتي تتضمنها خطط التعليم الفردية *IEPs* الخاصة بهم وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يسهم في تحسين مفهومهم لذواتهم، ويؤدي بالتالي إلى ارتفاع تقدير الذات من جانبهم .

٥ - أن الاستخدام المستمر لتلك الوسائل والأساليب إنما يعمل على زيادة مستوى حماس هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات للمدرسة بشكل عام .

٦ - أن أساليب التكنولوجيا المساعدة من جانب آخر نتيجة لما تثيره من حماس للمدرسة ومن تحقيق لكثير من الأهداف المختلفة إنما تسهم في زيادة

اشتراك هؤلاء الأفراد في الأنشطة المختلفة، وتزيد من معدل انغماسهم فيها وإنجازهم لها .

٧- أن هذه الأساليب تعمل على زيادة الوقت الذي يقضيه الطفل في أداء المهمة *time on task* وبالتالي تقلل من الوقت الذي يقضيه بعيداً عن المهمة *time off task* .

٨- أن التكنولوجيا المساعدة بما تضمه من أدوات وأساليب وفقاً لما قمنا بتوضيحه في النقاط السابقة إنما تعمل على تحسين مستوى الأداء الأكاديمي للفرد الذي يعاني من إعاقة معينة .

٩- أنها تسمح للأفراد ذوي الإعاقات بإدراك وتعلم الأمور المختلفة بقدر أكبر من السرعة قياساً بما كان يمكن أن يحدث دون أن يتم استخدام مثل هذه الوسائل والأساليب المختلفة .

١٠- أن اختيار الأساليب المناسبة من أساليب التكنولوجيا المساعدة من شأنه أن يسمح لهؤلاء الأفراد بمعرفة وتعلم العديد من الأشياء التي لا يكونوا قد تعرضوا لها أو قاموا بمواجهتها في الواقع وهو الأمر الذي يمكن لهم أن يخبروه بطبيعة الحال من خلال المماثلة أو التماثل أي عن طريق المحاكاة أو إيجاد بيئة مماثلة أو مناظرة *simulation* من ناحية، ومن خلال الأساليب الأخرى من ناحية أخرى كتلك الأساليب التي تساعدهم على القراءة، أو الكتابة، أو أداء العمليات الحسابية المختلفة على سبيل المثال .

وعلى هذا الأساس فإن أهم الفوائد التي يمكن أن تعود على الأفراد ذوي الإعاقات بصفة عامة من جراء استخدام التكنولوجيا المساعدة إنما يمكننا أن نقوم في الواقع بعرضها بصورة أكثر إيجازاً في ثلاث نقاط هامة ورئيسية تتمثل في تلك النقاط التالية :

١- استخدام الكمبيوتر كوسيلة أساسية في التعليم .

٢- تحسين مفهوم الذات من جانب هؤلاء الأفراد وزيادة حماسهم للمدرسة .

٣- زيادة وتحسين مستوى الأداء الأكاديمي بصفة عامة .

ووفقاً لذلك فقد أصبح الكمبيوتر يلعب دوراً هاماً في عملية التعلم في الوقت الراهن حيث يمكن من خلاله تقديم العديد من البرامج الحيوية في هذا الإطار فضلاً

عن أحجامه المختلفة التي يسرت استخدامه في كافة الظروف والأحوال . ومن الملاحظ أن الكمبيوتر يمكن أن يلعب دور المدرب فيقدم المحتوى التعليمي المطلوب بالشكل المحدد كما هو الحال في صيغ التعليم بمساعدة الكمبيوتر *CAI* حيث يمكن تسمية البرامج باسم صيغ التعلم المحددة . ومن أهم ما يميز تلك البرامج أنها تقدم التغذية الراجعة الفورية اللازمة، وأنها تسمح للتلاميذ بالتقدم خلال عملية التعلم وفق السرعة التي تتناسب معهم فضلاً عن إمكانية تنويع التعليم لمختلف الأفراد بما يسمح بتفريده .

وغني عن البيان أن العقدين الماضيين قد شهدا ثلاثة تحولات فيما يتعلق ببرامج الكمبيوتر التعليمية كما تشير رينا لويس (٢٠٠٠) .Lewis, R حيث انحسرت في أولها تلك البرامج الكمبيوترية التي تقوم في الأساس على التمرينات والممارسة *drill- and- practice* والتدريب الإرشادي الكمبيوتري *tutorial* وأصبحت أقل شيوعاً واستخداماً، وأصبحت برامج أخرى يتم استخدامها كأدوات أو أساليب في سبيل ذلك مثل معالج الكلمات أو النصوص *word processor* وبرامج النشر المكتبي التي توجد على سطح المكتب في الكمبيوتر *desktop publishing programs* هي الأكثر شعبية واستخداماً . وفي الثانية تحول تصميم برامج الكمبيوتر التربوية من النموذج الخطي *linear* الذي كانت تستخدم فيه وسيلة واحدة وكان البرنامج يتحكم في تتابع التعليم واتخاذ القرار إلى النموذج متعدد الوسائط حيث يتحكم المتعلم في معدل السير في التعلم من خلال اختيار أحد البدائل المطروحة أمامه حيث ينتقل باختياره من نقطة إلى أخرى، ومن موضوع إلى آخر في نفس الموقع، بل ويمكنه الانتقال إلى موقع آخر . وشهدت الثالثة استخدام الكمبيوتر كمساعد أو مساند *support* في التعلم حيث يتم تقديم المساعدة اللازمة للمتعلم وقت الحاجة إليها، وتقديم التغذية الراجعة، والتدريبات اللازمة . وبذلك أصبح الفرق الواضح الآن يتمثل في استخدام الكمبيوتر كمدرب (سابقاً) *tutor* واستخدامه كمساعد أو مساند في حدوث التعلم (حالياً) *support* حيث يعمل البرنامج في النمط الأول على توجيه العلاقة بين المتعلم والبرنامج إذ كان يتم تشغيل البرنامج إلى أن ينتهي، ولم يكن هناك خيارات أمام المتعلم، أما النمط الآخر فلا يقوم على ذلك حيث قد لا يجد المتعلم ذلك في البرنامج الذي يقوم على الوسائط

المتعددة إذ توجد عدة اختيارات يفاضل بينها المتعلم، ومن ثم فإنه قد يستمر في مواجهة بعض المشكلات حتى يجيد استخدام البرنامج .

ومن جهة أخرى فإن استخدام مثل هذه الأساليب التكنولوجية من شأنه كما يشير ماك آرثر (٢٠٠٠) MacArthur أن يساعد التلاميذ ذوي الإعاقات بصفة عامة وأقرانهم ذوي صعوبات التعلم على وجه الخصوص في إتمام المهام التي يتم تكليفهم بها، أو تلك الأنشطة التي يكون عليهم أن يقوموا بأدائها وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شانه أن يساعدهم على أن يفخروا بما يتمكنوا من أدائه، وأن يحققوا التواصل المطلوب مع الآخرين المحيطين بهم مما يدفعهم إلى السير باتجاه هؤلاء الآخرين، وأن تتحسن نظرتهم لأنفسهم، ومفهومهم لذواتهم، وأن يزداد تقدير الذات من جانبهم، وأن تتغير اتجاهاتهم نحو المدرسة فينتظموا في الحضور إليها، ويحاولوا جاهدين أن يقل عدد أيام ومرات غيابهم عن المدرسة، وأن يشاركوا في المهام المطلوبة، والأنشطة التي يتم تكليفهم بها، وأن يتحسن مستوى تحصيلهم، ويزداد مستوى أدائهم الأكاديمي ككل وهو ما يمكن أن يؤدي إلى حدوث تغيرات إيجابية مماثلة في هذا الصدد .

وعلى هذا الأساس يمكننا أن نقرر أن استخدام أساليب التكنولوجيا المساعدة من شأنه أن يساعد هؤلاء التلاميذ على تحسين الأداء الأكاديمي بصفة عامة، كما يمكن أن يسهم في زيادة الوقت الذي يقضيه التلميذ في المهمة التي يتم تكليفه بها حيث تزداد قدرته على مواصلة الانتباه للمهمة والاحتفاظ بانتباهه هذا، *ability to sustain attention to the task* ويقل الوقت الذي لا يقضيه في المهمة مما يزيد من دافعيته للتعلم فيحسن بالتالي من مستوى التعلم من جانبه . وفضلاً عن ذلك فإن استخدام التكنولوجيا المساعدة من شأنه أيضاً أن يعرض مثل هؤلاء التلاميذ لمعلومات جديدة ومهارات جديدة لم يكونوا ليتعرضوا لها أو يخبروها لولا تلك الأساليب التكنولوجية، بل ويعمل على إكساب تلك المهارات لهؤلاء الأفراد، ويعمل على صقلها وتنميتها . ومع كل هذه الفوائد فإن الكمبيوتر والوسائل التكنولوجية الحديثة لا تعد بمثابة العلاج لكل داء ، ولكنها بدلاً من ذلك تعمل كمساعد أو مساند في حدوث التعلم مما يكون من شأنه أن يسهم في تنمية مهارات هؤلاء الأفراد ، وزيادة معدل تعلمهم .

وجدير بالذكر أن ما نتحدث عنه من فوائد عديدة يمكن أن تنعكس في الواقع على أولئك المتعلمين ذوي الإعاقات، وما شهده مجال التكنولوجيا المساعدة من تحولات وتطورات لا يمكن أن يكون لها أثرها الواضح فتتحقق مثل هذه الفوائد أو تعود تلك الأساليب والوسائل على أولئك الأفراد بالفائدة المرجوة منها ما لم نقم بتدريبهم على الاستخدام الصحيح لمثل هذه الوسائل أو الأساليب نظراً لأننا نريد منهم أن يتمكنوا من استخدامها خارج حدود المدرسة كأن يقوموا باستخدامها في المنزل، أو في المواقف الاجتماعية المختلفة، أو في أي مكان آخر في مجتمعهم المحلي على الأقل، كما نريد منهم أيضاً أن يستخدموها بصورة تتسم بالاستقلالية أي دون تدخل منا وهذا هو الأهم .

أساليب التكنولوجيا المساعدة المتاحة

من الجدير بالذكر أن هناك العديد من الوسائل والأدوات والأساليب والبرامج الكمبيوترية الأكثر شيوعاً والتي تندرج في إطار التكنولوجيا المساعدة، وتعد من أكثرها شيوعاً واستخداماً . ويمكن لمثل هذه الأساليب أن تسهم بشكل فعال في مساعدة المتعلمين ذوي الإعاقات بصفة عامة على تحقيق الأهداف المنشودة من خلال التغلب على ما يمكن أن يصادفهم من عقبات ومشكلات مختلفة . ومن أهم هذه الأساليب ما يلي :

- معالج الكلمات أو النصوص : ***word processor***

من أهم استخدامات معالج الكلمات أو النصوص أنه يبعد الطفل عن الاهتمام بالجوانب الميكانيكية في الكتابة مما يتيح الفرصة أمامه كي يركز على معنى الكلمات المكتوبة . ومن المعروف أنه يصبح بإمكان الأطفال ذوي صعوبات التعلم أن يعبروا عن أنفسهم بطريقة تعكس مستوى ذكائهم بشكل دقيق . ويعمل معالج الكلمات على مساعدة الطفل في الكتابة بحرية حيث يثق آنذاك أنه سيكون بوسعه أن يدخل بسهولة ويسر أي تغييرات يريدها في وقت لاحق على ما يكون قد قام بكتابته . وعندما يتمكن الطفل من الكتابة بشكل مرتب ومنظم فإن ذلك سوف يكون من شأنه أن يساعده على تنمية تقديره لذاته . وهناك العديد من البرامج للترجمة

بطريقة برايل والتي تنتج نصوصاً تمت معالجتها بواسطة جهاز معالجة الكلمات أو النصوص لتأخذ صيغاً مختلفة لنصوص برايل القياسية . ويمكن استخدام آلة طابعة للنصوص المترجمة بطريقة برايل لهذه الكلمات .

- مراجع التهجي : *spell checker*

يعد مراجع التهجي من أهم البرامج التي يتم استخدامها عن طريق الكمبيوتر ، ويتطلب هذا البرنامج أن يقوم المتعلم بكتابة الكلمة بالصورة التي يرى أنها صحيحة مستخدماً لوحة مفاتيح الكمبيوتر بالوسيلة التي تناسبه فيقوم البرنامج بتصويب الخطأ في الحال، إلا أن هناك برامج أخرى تحدد الخطأ فقط وتعرض مجموعة من البدائل للكلمة، ويصبح على الطفل آنذاك أن يختار أحدها . وهناك برامج أخرى تقوم بنطق الكلمة باستخدام المؤلف الصوتي فيسمعها الطفل بذلك ويراها . وترجع أهمية مثل هذه البرامج إلى أنها تعمل على تغيير التهجي الصوتي للكلمة إلى صورته الصحيحة .

- أجهزة التسجيل : *tape recorders*

تعمل أجهزة التسجيل على مساعدة التلاميذ ذوي صعوبات التعلم وأقرانهم المكفوفين في تناول المشكلات التي تصادفهم عن طريق الاستماع إلى النص المسجل أياً كان نوعه بدلاً من قراءته . وقد شاع اليوم تسجيل الكتب أو القصص على شرائط تسجيل أو كاسيت . وتتميز مثل هذه التسجيلات بسرعاتها وأشكالها المختلفة حيث تتناول معلومات معينة كالتعليمات مثلاً، أو شرح موضوع معين، أو غير ذلك مما يساعدهم على الاهتمام بالتقديم الشفوي للموضوع المستهدف وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يفيد من يعانون من صعوبات في معالجة الكلمات التي يستمعون إليها، أو فهمها، أو تذكرها حيث يمكنهم حينئذ استخدام شريط التسجيل وقت الحاجة إليه .

- أنساق ونظم قراءة النص : *text reading systems*

تعمل أنساق ونظم قراءة النص على تحويل النص المكتوب إلى صوت حيث تتم قراءة النص المعروض على شاشة الكمبيوتر بصوت مسموع يمكن التحكم فيه

حيث يتم في سبيل ذلك إدخال النص المطلوب إلى الكمبيوتر عن طريق الماسح الضوئي فتتحول من نص مكتوب إلى نص مقروء باستخدام برنامج الإدراك البصري للحروف *optical character recognition OCR* وهو البرنامج الذي يستخدم في الأصل مع ذوي الإعاقة البصرية . ويمكن أن يعيد المتعلم تشغيل البرنامج عدة مرات فتتم قراءة النص المعروض في كل مرة . وتعد مثل هذه الأنساق أو النظم ذات أهمية بالغة لمن يواجهون صعوبات في القراءة حيث تسمح بقراءة كلمات، وجمل، وفقرات معينة يتم تلوينها بالألوان التي يريدونها، ويقوم المتعلم بعرض واحدة منها فقط في كل مرة على الشاشة حتى يفهمها وينطقها بصورة صحيحة مما يدعم تعلمه إياها .

- برامج التنبؤ بالكلمات : ***word prediction***

عادة ما يعمل برنامج التنبؤ بالكلمات مع برنامج معالج الكلمات حيث يتم خلاله التنبؤ بتلك الكلمة التي يريد الفرد أن يقوم بإدخالها إلى الكمبيوتر إذ نجد أنه عندما يقوم الفرد بكتابة الحرف الأول من الكلمة يعرض البرنامج قائمة بالكلمات التي تبدأ بنفس الحرف، وعندما يتم اختيار الكلمة الصحيحة يتم إدخالها إلى الجملة أو النص بصورة آلية، أما إذا لم تظهر الكلمة الصحيحة فيقوم التلميذ بكتابة الحرف التالي، وينتظر القائمة التي ستظهر ليختار الكلمة الصحيحة من بينها إذا كانت تتضمنها، وإذا لم يجد الكلمة المطلوبة بها يستمر في كتابة الحرف التالي، وهكذا . وبعد أن يختار التلميذ الكلمة المنشودة يتنبأ البرنامج بالكلمة التالية التي تتضمنها الجملة وذلك بنفس الطريقة . ولهذه الطريقة أهميتها بالنسبة للتلاميذ الذين يواجهون صعوبات في التهجي، أو القواعد، أو استخدام لوحة المفاتيح الخاصة بالكمبيوتر .

- أداة القراءة : ***reading pens***

من الجدير بالذكر أن أداة القراءة *reading pens* هي أداة ذات حجم يمكن حمله، وتعمل وفق نظام الماسح البصري المصغر *miniaturized optical scanning system* لكي تسمح للتلميذ بالقيام بمسح المفردات اللغوية فرادى على نسخة من الورق المقوى، وقراءتها بصوت مسموع بجهاز مؤلف الصوت المثبت

ذاتياً بتلك الأداة وذلك حتى تتم قراءة النص بأكمله . ويمكن عن طريق إدخال أي نص إلى جهاز الكمبيوتر أن يحدث نفس هذا الأمر ، وهو ما يمكن أن يحدث أيضاً بإدخال النص إلى التليفون الخلوي (المحمول ـ الجوال) ولا نقصد بذلك بطبيعة الحال إدخال النص إلى أي تليفون محمول *mobile phone* ولكن إلى تليفونات معينة يكون قد تم إعدادها لهذا الغرض مما يتسهم في مساعدة مثل هؤلاء التلاميذ . ووفقاً لذلك فإن هذه الأداة تعد على درجة كبيرة من الأهمية وخاصة فيما يتعلق بالتعرف على الكلمات أو المفردات اللغوية المختلفة فضلاً عن التهجي ، والقراءة مما يساعد التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في القراءة على التمكن من القراءة بصورة مستقلة وخاصة في المنزل .

ـ خرائط المفاهيم : *concept maps*

من أهم الأدوات التي يمكن استخدامها في سبيل إدراك الأفكار الرئيسية التي تتعلق بموضوع معين ووضعها على الورق ما يعرف بخرائط المفاهيم ، أو العصف الذهني، وبرامج التلخيص التي تسمح للتلاميذ بجمع المعلومات بطريقة غير منظمة حتى يتم ترتيبها وتنظيمها فيما بعد دون أن يتم اللجوء إلى المدخل البياني *graphic* . ووفقاً لخريطة المفهوم يقوم التلميذ في الأساس بعمل شكل معين *diagram* يتضمن أفكاره حول ذلك الموضوع الذي يقدم على تناوله وذلك قبل أن يشرع في كتابة ملخص عنه . وعلى هذا الأساس يصبح من الضروري بالنسبة للتلميذ أن يقوم بما يلي :

١ ـ أن يقوم بكتابة فكرة رئيسية على الكمبيوتر .

٢ ـ أن يتم عرض الفكرة على شاشة الكمبيوتر على أنها نص أو حتى صورة أو رمز .

٣ ـ أن يقوم بكتابة أفكار عديدة ترتبط بتلك الفكرة تظهر على هيئة أشكال مختلفة كالدوائر ، أو الأشكال البيضاوية، أو المستطيلات التي تحيط جميعها بالفكرة الرئيسية .

٤ ـ أن يتم الربط بين الأفكار وبعضها البعض عن طريق توصيلها بخطوط .

٥ ـ أن يتم وضع الأفكار بسهولة في مجموعات، أو نقلها إلى مجموعات أخرى، أو استبدالها بدرجة مماثلة من السهولة واليسر .

٦ـ أن يمكنه بعد أن يتمكن من استكمال الشكل القيام بالتالي بتغييره إلى ملخص وذلك بطريقة آلية .

ويمكن لهذا الأسلوب أن يفيد أولئك التلاميذ الذين يعتمدون بصورة أساسية في التعلم على الناحية البصرية . كما أن من شأنه أن يفيد التلاميذ الذين يجدون صعوبة في التعامل مع النص ، ويمنع التلاميذ من الخوض في التفاصيل التي تتعلق بالمقال أو النص المنشود . وعلاوة على ذلك فإن هذا الأسلوب إنما يعمل في واقع الأمر على مساعدة التلاميذ على أن يستمروا في تركيزهم على الأفكار الرئيسية مما يمكن أن يسهم في مساعدتهم على الحد من تلك المشكلات التي تواجههم والتي تتعلق بذكر أو عرض التفاصيل المتعلقة بتلك الأفكار الرئيسية المتضمنة .

ـ برامج الإدراك الصوتي : *speech recognition*

تسمح برامج أو أنساق أو أنظمة الإدراك الصوتي للفرد أن يقوم بتشغيل الكمبيوتر عن طريق التحدث إليه من خلال ميكروفون مثبت ذاتياً به بمعنى أن الفرد في تلك الحالة حينما يتحدث أمام الكمبيوتر أو يقوم بإملائه ما يريد (كما يمكنه استخدام معالج الكلمات أيضاً) فإن الكمبيوتر حينئذ يحول تلك الكلمات المنطوقة إلى نص مكتوب يتم عرضه على الشاشة . ومن أهم ما يميز هذا الأسلوب أن الخطأ الذي يمكن أن يرتكبه التلميذ ـ وخاصة ممن يعانون من صعوبة في اللغة الشفوية ـ في اللغة أثناء التحدث يتم تحديده أمامه وتصويبه في الحال حيث يتم عرض قائمة بتلك الكلمات التي تتشابه مع هذه الكلمة الخطأ في النطق أو في التركيب، ويتم اختيار الكلمة المطلوبة . ومع زيادة استخدام البرنامج يتم تصويب الأخطاء بصورة آلية حيث يزداد استخدام الكلمات الصحيحة بدرجة أكبر. ومن أهم مزايا هذا الأسلوب أنه يعمل على تمكين التلاميذ الذين يتسمون بقدرات ومهارات في اللغة الشفوية تفوق مستوى قدراتهم ومهاراتهم في اللغة المكتوبة من تحقيق الاستفادة منه حيث عادة ما يكون من شأنه حينئذ أن يقلل من تلك المشكلات التي تتعلق بالتهجي والخط والكتابة، وأن يساعدهم في التركيز بصورة كلية على تركيب الجملة ومحتواها .

- برامج إدارة المعلومات الشخصية : *personal informatio managers*

تعمل هذه البرامج على مساعدة التلاميذ الذين يعانون من صعوبات في التنظيم، وفي الذاكرة في تناول الأمور ذات الصلة بمثل هذه الجوانب التي تمثل صعوبات من جانبهم حيث تسهم في تدريبهم على تعلم أسلوب معين لتخزين كميات كبيرة من المعلومات الشخصية، واسترجاعها بقدر معقول من السهولة واليسر . ومن أهم مثل هذه المعلومات أرقام التليفونات، والعناوين، والتواريخ الهامة، والمواعيد، والمذكرات . ويمكن إدخال هذه المعلومات للكمبيوتر يدوياً أو عن طريق الماسح الضوئي بعد كتابتها بخط اليد، كما يمكن إدخالها صوتياً أيضاً بحيث يقوم الفرد بالتحدث أمام الكمبيوتر الذي يقوم بدوره بتحويل اللغة الشفوية إلى نص مكتوب . ومما لا شك فيه أن مثل هذه المعلومات الشفوية عادة ما يكون من شأنها أن تساعد التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على تنظيم الجداول والمعلومات المختلفة . كما أن ما يتم تقديمه من خلال هذا الأسلوب من إشارات يساعد التلميذ على الاستمرار في أداء المهمة، ويسهم في تقديم البدائل البصرية لتمثيل ما ينبغي أن يتم القيام به، وما يكون قد تم إنجازه . وبالنظر إلى مثل هذه المزايا التي يمكن أن تتحقق على أثر استخدام ذلك الأسلوب يتضح أنه لكي يتحقق النجاح والفائدة المرجوة منه ينبغي أن يتسم التلميذ بدرجة مناسبة من الانتباه، وأن يكون مستوى المهارات التي يمكن أن تساعده على ذلك مناسباً .

- الأدوات المكتبية ذات التعقيدات التكنولوجية البسيطة والمرتفعة :

low and high tech office supplies

مما لا شك فيه أن هناك العديد من تلك الأدوات المكتبية التي تتسم ببساطة تعقيداتها التكنولوجية والتي يمكن استخدامها في هذا المضمار . ومن أهم هذه الأدوات وأكثرها شيوعاً أقلام التلوين الالكترونية، وشرائط التسجيل، والاسطوانات، والشفافيات وتعد مثل هذه الأدوات من أهم الوسائل التي تعمل على مساعدة التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على تصنيف، وترتيب الأفكار، والآراء، والمفاهيم التي يقومون بتناولها . كما أن الأسطح البديلة للكتابة كاللوحات أو السبورات البيضاء، والأدوات البديلة للكتابة كالحروف الممغنطة، والطوابع التي تتضمن الحروف الهجائية يمكن أن تسهم كثيراً في هذا الصدد .

ومن جهة أخرى فإن هناك أدوات على درجة عالية من التعقيد التكنولوجي يمكن أن يستفيد هؤلاء التلاميذ منها يأتي في مقدمتها السبورة الذكية حيث تضم الكمبيوتر، وجهاز عرض البيانات، *data show* وأقلام الكتابة على السبورة، وأقلام التلوين، وبرامج الكتابة والقراءة التي أشرنا إليها عند استخدام الكمبيوتر . ومن ثم فإن هناك استخدامات عديدة ومتنوعة لهذه الأداة بالغة التعقيد التكنولوجي حيث يمكن عن طريقها استخدام العروض متعددة الوسائط *multimedia* حيث يمكن أن تجمع بين النص المكتوب، والصوت، والصور الثابتة، والرسوم البيانية، والصور المتحركة أو حتى الرسوم المتحركة في بعض الأحيان . *cartoon* ويمكن أن يتم العرض من خلالها بعدة أنماط مع استخدام التراكيب النحوية البسيطة والمفردات والتراكيب اللغوية البسيطة أيضاً مما يكون من شأنه أن يجعل الفهم أو الاستيعاب أسهل وأيسر من جانب أولئك الأفراد ذوي القدرات المحدودة في اللغة الاستقبالية . *receptive language* ويمكن للتلاميذ أن يتناولوا النصوص المختلفة بطرق يسيرة وذلك باستخدام فارة الكمبيوتر، *mouse* أو لمس النافذة الكمبيوترية المفتوحة، أو ما إلى ذلك .

- أنظمة الاستماع بنظام إف إم : *FM listening systems*

تعد هذه الأنظمة في الأساس بمثابة أنظمة اتصال لاسلكي *wireless* تعمل على توصيل صوت المتحدث مباشرة إلى أذن المستمع عن طريق وحدة تحويل صغيرة مثبت بها ميكروفون، ووحدة استقبال صغيرة أيضاً بها سماعات للأذن، ويمكن من خلال وحدة الاستقبال التحكم في معدل ارتفاع الصوت . وتجعل مثل هذه الأنظمة اللاسلكية صوت المتحدث أقوى مما يكون الأمر عليه في الواقع مما يمكن أن يعود بالفائدة على أولئك التلاميذ الذين يعانون من صعوبة في التركيز ، أو أقرانهم الذين يعانون من ضعف السمع على أن يتمكنوا من التركيز على ما ينطق به المتحدث أمامهم، وأن يتمكنوا على أثر ذلك من استيعابه وإدراكه .

- الآلات الحاسبة الناطقة : *talking calculators*

تعمل الآلات الحاسبة الناطقة بنظام المؤلف الصوتي المثبت بها ذاتياً وذلك حتى يتسنى النطق بالرقم، أو الرمز، أو مفاتيح العمليات التي يتم الضغط عليها

فضلاً عن النتائج التي يتم التوصل إليها على أثر إجراء بعض العمليات الحسابية . وغني عن البيان أن سماع الطفل لما يتم النطق به من أرقام أو رموز من شأنه أن يساعد بعض الأطفال ذوي صعوبات التعلم في التعرف على ما يكون قد حدث من أخطاء في إدخال البيانات كالضغط الخاطئ على مفتاح معين على سبيل المثال مما يؤدي إلى حدوث تلك النتائج . وبمجرد سماع الرقم يتأكد الطفل من صحته فيستمر في المهمة، أو يتأكد من خطئه فيتوقف، ويزيله، ويضغط المفتاح الصحيح كي يتم إدخال الرقم الصحيح .

- القاموس الالكتروني للتهجي : ***spelling electronic dictionary***

عادة ما يقوم أولئك الأفراد الذين يعانون من عسر القراءة *dyslexia* كصعوبة خاصة من صعوبات التعلم باستخدام برامج التنبؤ بالكلمة *word prediction* أو مراجع التهجي *spell checker* وعلى الرغم من ذلك فقد أسفرت نتائج البحوث والدراسات التي تم إجراؤها في هذا الميدان عن أن مثل هذه البرامج إنما تعد على درجة قليلة من الأهمية بالنسبة لهؤلاء الأفراد حيث أنها لا تعود عليهم بالفائدة المرجوة . وعلى ذلك فقد تم استحداث وسائل أفضل كالقواميس الالكترونية التي تعمل على تحويل التهجي الصوتي الذي ينطق به الفرد إلى كلمات صحيحة من الناحية اللغوية حيث تتسم بدقة حروفها وصحتها أو سلامتها مما يساعدهم في تحقيق الأهداف المنشودة .

- لوحات المفاتيح البديلة : ***alternative keyboards***

يتم في واقع الأمر استخدام أساليب بديلة للوحات المفاتيح الخاصة بالكمبيوتر مما يكون من شأنه أن يسمح للتلاميذ وخاصة أولئك التلاميذ الذين يعانون من مشكلات حركية يمكن أن تتعارض مع استخدامهم للوحة المفاتيح العادية أن يقوموا بتخصيص صيغ ومواضع معينة للحروف . وفي هذا الإطار قد يتم في الواقع استخدام قلم الكتروني معين يقوم بدور لوحة المفاتيح (إذا لم تكن المشكلة تتعلق بالكتابة)، أو يتم استخدام صيغ أخرى تعمل على تحويل كلام الفرد إلى نص مكتوب يظهر على شاشة الكمبيوتر ، أو غير ذلك من هذه الأساليب التي يتم استخدامها في الأساس مع أولئك الأفراد .

- كورزويل (٣٠٠٠) : *Kurzweil 3000*

هو جهاز يقوم بقراءة النص الذي يكون قد تم إدخاله إلى الكمبيوتر باستخدام الماسح الضوئي *scanner* أو النص الذي يتم إدخاله بأي صيغة الكترونية أخرى وذلك بصوت مسموع . كذلك فإن هذا الجهاز الذي تم تقديمه في الأساس للتلاميذ المكفوفين يعمل أيضاً على أن يتم تحديد الكلمات المختلفة عند النطق بها، كما أنه يتضمن علاوة على ذلك العديد من أدوات التعلم مما يكون من شأنه أن يساعد التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على الإقبال على التعلم، وتحسين مستوى أدائهم الأكاديمي . وفضلاً عن ذلك فإن هذا الجهاز يمكنه استخدام ملفات إم بي ٣ (*MP3*) يكون قد تم إعدادها وفق الكتاب المدرسي، وأن يقوم بإعداد الوثائق المختلفة في ضوء ذلك . كما أنه يتضمن أيضاً برنامجاً لتعليم اللغة الإنجليزية كلغة ثانية . وعلى هذا الأساس فإن هذا الجهاز إنما يعمل كأنظمة الإدراك الصوتي التي سبقت الإشارة إليها . *speech recognition systems*

- مساعد القراءة والكتابة : *text HELP read and write*

هو برنامج كمبيوتري يقوم بقراءة ما يكتبه الفرد على الكمبيوتر من كلمات ونصوص بصوت مرتفع، ويقوم بقراءة النص الذي يحدده الفرد، كما يمكنه أن يقرأ نص موجود على الانترنت . كما أن بعض البرامج التي تتبع هذا البرنامج الأصلي قد تتضمن آلة حاسبة ناطقة، أو مراجع ناطق للتهجي مما يكون من شأنه أن يسهم بدرجة كبيرة في تحسين مستوى الفرد في القراءة، والكتابة، والحساب وهو الأمر الذي يجعله برنامجاً هاماً في هذا المضمار وخاصة للتلاميذ المكفوفين وأقرانهم ذوي صعوبات التعلم .

- أجهزة الكمبيوتر الشخصية الصغيرة : *mini PCs*

تعد أجهزة الكمبيوتر الصغيرة من أهم الأساليب التكنولوجية التي يتم استخدامها على نطاق واسع مع هؤلاء الأفراد . ويأتي في مقدمتها كمبيوتر الجيب *pocket pc* والكمبيوتر الذي يكون في حجم راحة اليد *palm pc* حيث يعد كل منهما بمثابة مساعد شخصي رقمي، يسهل حمله والتجول به مما يزيد من

استخداماته . ويسهم كلاهما بما يتسم به من خواص متعددة تتمثل في تضمنه لقوائم متعددة من المهام، وساعة، ومنبهات، وتقويم في إضفاء نوع من التنظيم على حياة الفرد . وهناك خصائص أخرى توجد في بعض الموديلات الأخرى من هذه الأجهزة حيث يوجد بها اتصال لاسلكي بالشبكة الدولية، ويوجد بها كاميرا رقمية مثبتة ذاتيا، *built in digital camera* وإمكانية تشغيل ملفات للكتب المدرسية أو الأوراق بنظام إم بي ٣ (*MP3*) ، وعند تزويده بلوحة مفاتيح فإنه يعمل كجهاز لتدوين الملاحظات . وبالتالي فإن التلاميذ في كثير من الأحيان يفضلون استخدام أي من هذين النوعين من أجهزة الكمبيوتر (كمبيوتر الجيب، أو الكمبيوتر في حجم راحة اليد) حتى على جهاز الكمبيوتر الشخصي الصغير المعروف باللابتوب . *laptop*

- جهاز الفرسابرايل :

وهو جهاز صغير يبلغ طوله ٣٠ سم وعرضه ٢٠ سم وارتفاعه ١٠ سم ووزنه أربعة كيلو جرامات يعمل بطريقة مشابهة لعمل الكمبيوتر حيث يتم تخزين المعلومات على شريط بطريقة برايل، ويمكن توصيله بطابعة لتحويل النص المكتوب بطريقة برايل إلى الكتابة العادية، أو توصيله بآلة برايل الطابعة كي يخرج النص بطريقة برايل، أو توصيله بجهاز كمبيوتر لتحويل الكلمات العادية التي تظهر على شاشة الكمبيوتر إلى بديل برايل .

- أجهزة التدريب على التوجه والحركة للمكفوفين :

يقوم أخصائيون في هذا المجال بتدريب الطفل كي يتمكن من الحركة بحرية وبشكل مستقل سواء في المنزل أو الشارع أو المدرسة وخلافه، والانتقال من مكان إلى آخر إلى جانب تدريبه على كيفية التنقل والتحرك والتوجيه والتوجه السليم . كما يتم تدريبهم على استخدام العصا وخاصة عصا الليزر، وجهاز المرشد الصوتي (جهاز صغير يستخدمه الكفيف يصدر صوتاً تحذيرياً عند وجود عوائق أمامه على مسافة من ١٠ - ١٥ متراً وبزاوية مقدارها ٤٠ درجة، أو حال وجود أي عوائق أمامه بارتفاع يتراوح من الرأس وحتى الركبة)، أو البوصلة، أو التلسكوبات الخاصة بذلك . كذلك فهناك أجهزة استشعار مختلفة، وجهاز لبحث

العقبات التي تعترض طريق الكفيف فضلاً عن عصا الليزر *laser cane* التي تستخدم أشعة الليزر للاستشعار .

- الكراسي المتحركة ذات الموتور :

حدث تطور كبير في تصميم وإعداد الكراسي المتحركة للمقعدين فظهرت كراسي جديدة كمثال لتلك التطورات، ومن هذه الكراسي ما هو عادي كالكراسي ذات الموتور والتي تشبه الموتوسيكل الصغير ولكنها لا تصدر صوتاً، ومنها ما هو صغير الحجم يستخدمه الفرد واقفاً ولا يشغل مساحة أكثر من ٣٥ × ٣٠ سنتيمتر ، ويتحرك على إطارات صغيرة بموتور صغير، وله عمود بارتفاع متر واحد يوجد في نهايته أو أعلاه ذراع لتوجيه الحركة فضلاً عن التحكم في السرعة. ويعمل الموتور باستخدام بطارية كهربائية يعاد شحنها بصفة دورية بواسطة التيار الكهربائي المنزلي، أو بواسطة الطاقة الشمسية وذلك بالنسبة للكراسي التي يتم استخدامها في الأساس خارج المنزل .

- الكراسي المتحركة المزودة بالكمبيوتر :

من الجدير بالذكر أن من أهم التطورات التي شهدتها الكراسي المتحركة والتي تعد في ذات الوقت من أكثرها جدلاً تلك الكراسي المزودة بأجهزة الكمبيوتر حيث يعمل جهاز الكمبيوتر على التحكم في الحركة، والسرعة، والاتجاه، والتوقف إما عن طريق أزرار أو مفاتيح، أو عن طريق توجيه الأوامر الصوتية الشفوية، كما يمكن رفعه أيضاً عن طريق التحكم الصوتي أو اليدوي . ومن جهة أخرى يمكن أن يتوقف الكرسي آلياً عند اكتشاف الكمبيوتر وجود عقبات أمامه .

- جهاز تركيب الكلام الاصطناعي :

هو أحد أكثر المخرجات شيوعاً بين المكفوفين حيث يتم استخدامه في سبيل سماع الكفيف إلى المادة المخزونة على اسطوانات الليزر التي تحمل الاسطوانة الواحدة منها مئات الآلاف من صفحات الكتب . ويوجد في الأسواق العديد من هذه الأجهزة من أمثلة فورتكس *vortex* واطبع وتكلم *type and talk* ومن اليسير أن يتم اقتناء مثل هذا الجهاز والحصول عليه . ويوجد في هذا الجهاز مؤلف صوتي

vocal synthesizer وهو جهاز يتميز بطاقته غير المحدودة لتركيب المفردات اللغوية والجمل، كما أنه يصدر لغة تحاكي لغة الإنسان الآلي، ويعطي اللفظ الصحيح لأي كلمة .

- أجهزة خاصة بالأفراد الصم :

من الملاحظ كما أوضحنا من قبل أن قد حدث تطور كبير في أجهزة تشخيص قوة السمع، وظهرت أجيال متطورة من الأجهزة المعروفة باسم الأوديوميتر *audiometers* يعمل بعضها على كمبيوتر يعطي نتائج الفحص على الشاشة بصورة مباشرة في حين يعطي بعضها الآخر نتائج مطبوعة أو حتى مصورة وذلك في ثوان معدودات . وفضلاً عن ذلك فقد تم ابتكار العديد من أجهزة التأهيل المختلفة التي يتم استخدامها معهم، ومن أمثلتها الحنجرة الصناعية، وزراعة القوقعة، أو القوقعة الالكترونية التي تتألف من جزأين صغيرين يثبت أحدهما تحت جلد الرأس والآخر خارجه ويقوم الجهاز بوظيفة القوقعة التالفة حيث يقوم بتوصيل الموجات الصوتية إلى أطراف العصب السمعي مباشرة ومنها إلى مركز السمع بالمخ . كذلك فهناك السماعات التي يتم تثبيتها في قناة الأذن وذلك لمن يعانون من ضعف سمعي شديد، وقد تطورت تلك السماعات كأجهزة تعويضية فزادت درجة حساسيتها، وصغر حجمها بدرجة مذهلة . أما من لا يصلح معهم استخدام السماعات فقد أمكن استخدام أجهزة تركيب الأصوات ذات المفردات اللغوية المحدودة، ومثيلاتها الأكثر تطوراً في مفرداتها اللغوية وقدرتها على النطق بصورة واضحة ومميزة للغاية . كذلك فهناك أجهزة اتصال يحملها الأفراد الصم كمعينات كلامية مثل الناطق الصوتي الضوئي *light talker* وجهاز الناطق اللمسي *touch talker* واللذان يتم معهما استخدام مواد مبرمجة متعددة تحت اسم *minspeak* . كذلك فهناك أجهزة أخرى تم تطويرها في هذا الصدد مثل جهاز الكمبيوتر الصغير (الميكروكمبيوتر) *microcomputer* لتدريب وتأهيل هؤلاء الأفراد حيث يساعدهم على الإحساس بالكلمات، ومشاهدة الرسوم البيانية على شاشة الكمبيوتر والنطق بها . وعلاوة على ذلك فقد تم تطوير تليفون خاص بالأفراد الصم حتى يتمكنوا من الاتصال التليفوني *telephone communication* بحيث تتم في الأساس كتابة الرسالة المطلوب

إرسالها على شاشة صغيرة في التليفون، ويقوم الأصم على الطرف الآخر باستقبال الحديث التليفوني (الرسالة) على شاشة بدلاً من السماعة . كما تم إضافة جهاز للتليفزيون يقوم بتحويل الصوت إلى إشارات تظهر على ركن من الشاشة بحيث تترجم كل ما يقال في البرامج المختلفة إلى لغة الإشارة حتى يتمكن الأفراد الصم من فهمها ومتابعة أي برنامج يتم عرضه في التليفزيون . كذلك يمكن عن طريق توصيل جهاز آخر بالتليفزيون لفك الشفرة *decoder* تحويل الحديث التليفزيوني إلى كلمات مكتوبة تظهر على شريط أسفل الشاشة وهو ما يعرف بالترجمة المرئية *captioning* بحيث يتمكن الأفراد الصم من قراءتها، وبالتالي متابعة أي برنامج يتم عرضه .

وجهة نظر

بعد هذا العرض السريع لأهم وسائل التكنولوجيا المساعدة *AT* وأكثرها شيوعاً واستخداماً من جانب الأفراد ذوي الإعاقات، وليس كل ما يتم استخدامه من جانبهم فإننا نرى أن التكنولوجيا المساعدة لمثل هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات ما هي سوى أي وسيلة، أو جهاز، أو برنامج كمبيوتري (نظام) يكون من شأنه أن يساعد مثل هؤلاء الأفراد على تجنب القصور الذي ينتج عن تلك الإعاقة التي يعانون منها، أو مواجهة ذلك القصور والتغلب عليه، أو محاولة تعويض الفرد عن مثل هذا القصور . وهي بذلك تعني العلاج أو التعويض أي أنها من هذا المنطلق تقوم بدورين كما أوضحنا من قبل يتمثل أحدهما في الدور العلاجي في حين يتمثل الآخر في الدور التعويضي .

وعلى الرغم من ذلك فإننا يجب أن نضع في أذهاننا أن التكنولوجيا المساعدة لا تقوم في الواقع بعلاج أي إعاقة من الإعاقات في حد ذاتها، أو الحد منها، ولكنها بدلاً من ذلك تساعد الطفل الذي يعاني منها على أن يتمكن من استغلال طاقاته وقدراته وإمكاناته أقصى استغلال ممكن نظراً لأنها تساعده على أن يقوم بالتركيز على جوانب قوته، وأن يتجنب جوانب القصور التي تسبب له ما يعانيه من مشكلات . فإذا كان الفرد أصم مثلاً، ولكنه يتمتع بمهارة أو موهبة فنية مثلاً فإنه يمكنه أن يقوم بممارسة أنشطة مختلفة تعكس تلك الموهبة وتبرزها مثلاً، وتساعده على الاندماج مع الآخرين والتفاعل معهم على سبيل المثال .

ومن ثم فإن استخدام التكنولوجيا المساعدة بصفة عامة من شأنه أن يعوض الفرد عن قصور مهاراته، أو جوانب الصعوبة التي يعاني منها . ومع ذلك فإن استخدامها لا يعني مطلقاً أن الفرد لا يجب أن يتلقى التعليم العلاجي حيث أن العكس هو الصحيح إذ يمكنه مع استخدامه لأساليب التكنولوجيا المساعدة أن يتلقى تعليماً علاجياً بعيداً عن تلك الأساليب، أو يتم تطويع مثل هذه الأساليب في سبيل تقديم التعليم العلاجي اللازم لمثل هذا الفرد حيث لا يتم مطلقاً استبعاد أحدهما أي التكنولوجيا المساعدة والتعليم العلاجي عند استخدام الآخر ، أي أن أحدهما لا يغني عن الآخر .

وفضلاً عن ذلك فإن استخدام التكنولوجيا المساعدة ـــ كما أوضحت نتائج الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار ـ من شأنه أن يحسن من مهارات الفرد في مجالات عديدة، كما يزيد من اعتماده على نفسه، ويساعده بالتالي على تحقيق الاستقلالية في الأداء، وأن يخبر قدراً معقولاً من النجاح فيما يؤديه من أعمال ومهام مختلفة .

* * *

مراجع الفصل الأول

دانيال هالاهان، وجون لويد، وجيمس كوفمان، ومارجريت ويس، وإليزابيث مارتنيز (٢٠٠٧). **صعوبات التعلم: مفهومها- طبيعتها- التعليم العلاجي** (ترجمة عادل عبدالله محمد). عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٠٦).

دانيال هالاهان، وجيمس كوفمان (٢٠٠٨). **سيكلوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة** (ترجمة عادل عبدالله محمد). عمان: دار الفكر (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٠٧).

رنوا محمد الحفناوي (٢٠٠٩) . فعالية برنامج إرشادي مقترح لخفض اضطرابات الانتباه لدى ذوي الاحتياجات السمعية الخاصة من تلاميذ المرحلة الابتدائية . **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية بالسويس جامعة قناة السويس .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤- أ). **الإعاقات العقلية** . القاهرة : دار الرشاد .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤- ب). **الإعاقات الحسية** . القاهرة : دار الرشاد .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٦). **قصور المهارات قبل الأكاديمية لأطفال الروضة وصعوبات التعلم** . القاهرة : دار الرشاد .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٩). **صعوبات التعلم والتعليم العلاجي : قضايا ورؤى معاصرة** . الرياض : دار الزهراء للطباعة والنشر .

عادل عبدالله محمد، وأشرف محمد عبداللطيف (٢٠٠٦) . فعالية برنامج تدريبي بمساعدة الكمبيوتر في تنمية بعض المفاهيم الخلقية للأطفال الصم . **مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق، ٥٥**، ١- ٣٠ .

فاروق محمد صادق (٢٠٠٦). دور غرف المصادر في علاج صعوبات التعلم واستيعاب ذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة العادية . **المؤتمر الدولي لإعاقات الطفولة، كلية التربية جامعة الكويت** ٢٠ ـ ٢٢/ ٣ .

Burgstahler, S. (2001). *Working together : Computers and people with sensory impairments.* Seattle, WA: University of Washington.

Hallahan, D. P.,& Kauffman, J. M.(2007). *Exceptional Learners: Introduction to special education* (10^{th} ed.). New York: Allyn & Bacon.

Hallahan, D., Lloyd, J., Kauffman, J., Marteniz, E.,& Weiss, M. (2005). *Learning Disabilities: Foundations, Characteristics, and Effective teaching* (3^{rd} ed.). New York: Allyn & Bacon.

Lewis, R. (2000). *Musings on technology and learning disabilities on the occasion of the new millennium.* San Diego: Faculty of Education, San Diego State University.

Lin, C. (2000). *Technology for children gifted disabled.* Champaign, Urbana: University of Illinois.

MacArthur , C. A. (2000). New tools for writing: Assistive technology for students with writing difficulties. *Top Language Disorders*, 20, 85–100.

Stinson, B. (1993). Getting started with adaptive technology : Meeting the needs of disabled students. *Florida Technology in Education Quarterly*,6 (1), 71- 76

Vogel, S. (1993). *Success for college students with learning disabilities.* New York: Springer- Verlag

* * *

القضية الثانية

الاضطرابات الكروموزومية
والإعاقة العقلية :
التشخيص والتقييم والتدخل المبكر

مقدمـــة

تعتبر الإعاقة العقلية من المشكلات الخطيرة التي يمكن أن تواجه الفرد، والتي يتمثل أثرها المباشر في تدني مستوى أدائه الوظيفي العقلي وذلك إلى الدرجة التي تجعله يمثل وجهاً أساسياً من أوجه القصور العديدة التي يعاني منها ذلك الفرد حيث أن الجانب العقليُ رغم ما يعانيه هذا الفرد من مشكلات متعددة يعد هو أصل الإعاقة التي يعاني منها، والتي تترتب عليها مشكلات جمة في العديد من جوانب النمو الأخرى، وفي غيرها من المهارات المختلفة التي تعتبر ضرورية كي يتمكن الطفل من العيش أو التعايش مع الآخرين، وتحقيق التوافق معهم، والتكيف مع البيئة المحيطة .

ومما لا شك فيه أن هناك أنماطاً متعددة للإعاقة العقلية كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤ب) بمعنى أن الأمر لا يقف عن حدود نمط واحد بعينه تشير إليه مثل هذه الإعاقات وتعكسه، بل يتخطاه إلى ما هو أكثر من ذلك، فتعدد مثل هذه الأنماط وإن ظلت هناك أنماط ثلاثة رئيسية تعد هي الأكثر انتشاراً بينها وذلك على مستوى العالم بأسره، وهناك مثلها على الأقل من الأنماط الأقل انتشاراً أو غير الشائعة . وقد تتأثر مثل هذه الأنماط بعوامل أو أسباب معينة تعد مشتركة بينها جميعاً، كما أن هناك إلى جانب ذلك أسباباً خاصة بكل نمط من تلك الأنماط . ومع أن تلك العوامل تعتبر في الأصل إما عوامل وراثية، أو بيئية فإنها مع ذلك تنقسم إلى ثلاثة أنماط أساسية من العوامل يتعلق الأول منها بتلك العوامل التي يتمركز أثرها خلال مرحلة ما قبل الولادة، أما الثاني فيضم العوامل التي يكون لها الأثر أثناء الولادة، بينما يتعلق ثالثها بمجموعة العوامل التي يكون لها الأثر المباشر في مرحلة ما بعد الولادة . ويعتمد تشخيص تلك الإعاقة في الأساس على اختبارات الذكاء الفردية للأطفال، واختبارات السلوك التكيفي . وهناك أساليب متعددة للتدخل تتضمن برامج مختلفة، واستراتيجيات متنوعة تختلف من نمط إلى آخر من أنماط الإعاقة

العقلية وإن ظل التدخل المبكر هو الأفضل بالنسبة للطفل والأسرة والمجتمع على السواء .

مفهوم الإعاقة العقلية

من الجدير بالذكر أن الإعاقة العقلية في أي صورة من صورها تمثل محوراً هاماً وأساسياً من تلك المحاور التي تدور التربية الخاصة حولها، وتوليها اهتمامها. وتعرف الإعاقة العقلية بأنها اضطراب يعد بمثابة حالة تتعارض مع تحقيق إنجاز أكاديمي يتناسب مع عمر الطفل، كما تتعارض مع قيامه بأنشطة الحياة اليومية بذلك الشكل وتلك الكيفية التي نتوقعهما ممن هم في مثل سنه . وعلى ذلك فإن أول عقبة يمكن أن يتعرض لها الأطفال ذوو الإعاقة العقلية تتمثل في حدوث قصور في تجهيز المعلومات من جانبهم حيث تعاق قدرتهم على الاحتفاظ بالمعلومات، أو القيام بالعمليات المختلفة عليها، أو إنتاج مثل هذه المعلومات . كما أن تلك الإعاقة تستتبعها بالضرورة عدة أمور لها مغزاها ودلالتها في هذا الإطار حيث تترتب عليها وتمثل انعكاساً لها، ومن أهم مثل هذه الأمور ما يلي :

١- عدم قدرة الطفل على أن يحيا بشكل مستقل .
٢- عدم قدرته على إتباع التوجيهات والتعليمات المختلفة .
٣- عدم قدرته على القيام بترتيب المعلومات أو البيانات المختلفة .
٤- عدم قدرته على تصنيف تلك المعلومات أو البيانات .
٥- تدني مهاراته الاجتماعية .
٦- قصور مهاراته التنظيمية .
٧- عدم قدرته على الاختيار أو ما يعرف بالقدرة على اتخاذ القرارات المختلفة.

ومن هذا المنطلق فإن الإعاقة العقلية تعد بمثابة أي حالة يتدنى فيها مستوى الأداء الوظيفي العقلي للطفل إلى الدرجة التي تصل به إلى القصور في هذا الجانب إضافة إلى القصور في سلوكه التكيفي وهو ما يمكن التأكد منه عن طريق استخدام المقاييس الخاصة بذلك . ومن المعروف أن هناك حالات عديدة يبدو أداء الطفل الوظيفي العقلي عاملاً أساسياً فيها، إلا أن الواقع وما تظهره الإحصاءات العديدة

كتلك التي صدرت عن الاتحاد القومي لدراسات وبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) *NAAR* تؤكد أن هناك ثلاثة أنماط أساسية من هذه الإعاقات أي تعتبر هي الأكثر انتشاراً مع وجود أنماط أخرى أقل انتشاراً، ويمكن ترتيب تلك الأنماط الأكثر انتشاراً بحسب نسبة انتشارها فتأتي الإعاقة الفكرية في البداية، يليها اضطراب التوحد، ثم متلازمة أعراض داون .

وجدير بالذكر أن كل أنماط الإعاقة العقلية تتميز بضرورة توفر شروط الإعاقة العقلية الفكرية فيها دون الحاجة إلى وجود الإعاقة العقلية الفكرية معها ككيان مستقل لدى نفس الفرد في نفس الوقت وهو الأمر الذي يعني وجود تداخل بين تلك الإعاقات . وبالتالي يمكن تشخيصها باستخدام اختبارات ذكاء للأطفال، واختبارات للسلوك التكيفي مع الملاحظة في بعض الحالات . وعلى هذا الأساس نجد أن كل إعاقة من تلك الإعاقات تتطلب توفر ثلاثة شروط أساسية وفق ما ورد في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية *DSM- IV* الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي *APA* (١٩٩٤) والمراجعة النصية *text revision* لذات الطبعة ونفس الدليل والصادرة عام (٢٠٠٠) *DSM- IV- TR* هي :

١- أن يقل الأداء الوظيفي العقلي للطفل بشكل دال، وهو ما يجعله ينعكس سلباً على مستوى ذكائه فيصل ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال .
٢- أن يعاني الفرد كذلك من قصور في اثنين على الأقل من تلك المهارات التي تتعلق بسلوكه التكيفي وترتبط به مما يؤدي بالضرورة إلى قصور في سلوكه التكيفي .
٣- أن تحدث مثل هذه الإعاقة خلال سنوات النمو، وبالتحديد خلال طفولة الفرد أي قبل انتهاء مرحلة الطفولة المتأخرة .

تعريف الإعاقة العقلية الفكرية

يتمثل التعريف الراهن للإعاقة العقلية الفكرية الذي تتبناه الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والإعاقات النمائية كما يشير هالاهان وكوفمان

Hallahan& Kauffman (٢٠٠٧) في ذلك التعريف الذي أقرته لجنة المصطلحات والتصنيف بها في عام ١٩٩٢ والذي ينص على أن :

" الإعاقة العقلية الفكرية تعد بمثابة حالة تشير إلى أوجه القصور الأساسية التي يشهدها الأداء الوظيفي الراهن للطفل . وتتسم مثل هذه الحالة في الأساس بانخفاض الأداء الوظيفي العقلي للطفل عن المتوسط بشكل دال إحصائياً، ويتزامن ذلك مع أوجه قصور أخرى ترتبط به وذلك في مجالين اثنين أو أكثر من المجالات التطبيقية للمهارات التكيفية أو التي ترتبط بالسلوك التكيفي، والتي تتمثل في المجالات التالية شريطة أن تحدث تلك الإعاقة الفكرية قبل وصول الفرد الثامنة عشرة من عمره . وهذه المجالات هي :

١- التواصل .
٢- العناية بالذات .
٣- الحياة المنزلية .
٤- المهارات الاجتماعية .
٥- استغلال المصادر المجتمعية .
٦- توجيه الذات .
٧- الصحة والأمان .
٨- الأداء الوظيفي الأكاديمي .
٩- قضاء وقت الفراغ .
١٠- العمل " .

ومن الواضح أن هذا التعريف كغيره من التعريفات السابقة يركز على ثلاثة جوانب تتفق مع ذلك الاتجاه الأكثر حذراً في تشخيص الإعاقة العقلية الفكرية هي :

١- توسيع مجال مثل هذا التعريف ليصل بذلك إلى أبعد من مجرد استخدام محك وحيد هو نسبة الذكاء فقط .
٢- استخدام الانخفاض في نسبة الذكاء على أنه حد فاصل في تشخيص الإعاقة العقلية .
٣- النظر إلى الإعاقة العقلية على أنها حالة يمكن لها أن تتحسن، ولا يجب أن تكون بالضرورة حالة دائمة (وخاصة في حالات القصور البيئي أو الثقافي) .

الشذوذ الكروموزومي كسبب للإعاقة العقلية

إذا كانت الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية الفكرية تتباين بين أسباب ما قبل، وأثناء، وما بعد الولادة فإننا سوف نركز هنا على أسباب ما قبل الولادة والتي يمكننا أن نقوم من جانب آخر بتصنيفها إلى أربع مجموعات فرعية كما يلي :

أ- الاضطرابات الكروموزومية ؛ وتضم عدداً من المتلازمات الجينية المرضية منها :

- متلازمة أعراض داون. *Down`s syndrome*
- متلازمة وليامز. *Williams` syndrome*
- متلازمة الكروموزوم X الهش. *Fragile X syndrome*
- متلازمة برادر- ويلي . *Prader- Willi syndrome*

ب- أخطاء أو مشكلات ولادية في الأيض أو التمثيل الغذائي كالفينيلكيتونوريا *PKU* .

جـ- اضطرابات نمائية تؤثر على تكوين المخ؛ مثل صغر الدماغ، واستسقاء الدماغ .

د - المؤثرات البيئية؛ ومن أهمها ما يلي :

- سوء تغذية الأم الحامل .
- متلازمة أعراض التعرض الجنيني للكحوليات . *fetal alcoh syndrome*
- الحصبة الألمانية .

ومن الجدير بالذكر أننا وفقاً للموضوع الحالي سوف نركز على تلك المتلازمات الأربع التي تضمها المجموعة الفرعية الأولى التي أشرنا إليها للتو ، وسوف نجد آنذاك أن كلاً من متلازمة أعراض داون ومتلازمة أعراض وليامز تنتج في الواقع عن أخطاء كروموزومية أو شذوذ كروموزومي ولكنهما مع ذلك ليستا وراثيتين، أما متلازمة أعراض الكروموزوم X الهش ومتلازمة أعراض برادر- ويلي فهما وراثيتان.

كذلك فإننا سوف نجد فضلاً عن ذلك أن بإمكان الأطباء في الوقت الراهن التوصل بشكل جيد على الأقل وذلك عن طريق إجراء الفحوص والاختبارات الإكلينيكية المختلفة على الأم أثناء فترة الحمل إلى اكتشاف العديد من جوانب

التصور لدى الجنين وهو الأمر الذي لم يكن بإمكانهم القيام به من قبل . وبذلك فإن الاضطرابات الجينية أو الكروموزومية تمثل أحد العوامل الأساسية التي تنتمي لمجموعة العوامل قبل الولادية المسئولة عن حدوث الإعاقة العقلية بشكل عام والإعاقة الفكرية على وجه الخصوص .

١- الاضطرابات الكروموزومية : *Chromosomal disorders*

بذل العلماء جهوداً مضنية كما يرى دايكنز وآخرون (٢٠٠٠) Dykens et al. لتحديد تلك الأسباب الجينية التي تعد مسئولة عن حدوث الإعاقة العقلية حتى أن عدد المتلازمات الجينية المرضية التي تم تحديدها على أنها تعتبر بمثابة أسباب للإعاقة العقلية والتي عادة ما يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث أنماط معينة من تلك الإعاقات قد وصل في واقع الأمر إلى سبعمائة وخمسين متلازمة مرضية على الأقل . وتوجد في الواقع عدة متلازمات تأتي في مقدمة تلك المتلازمات المرضية، وتعد من أكثرها شيوعاً هي المتلازمات الأربع التي أشرنا إليها سلفا والتي تتمثل في متلازمة أعراض داون، ومتلازمة وليامز، ومتلازمة الكروموزوم X الهش، ومتلازمة برادر- ويلي . وإذا كانت متلازمة أعراض داون تدخل في إطار تلك الأنماط الأكثر حدوثاً للإعاقة العقلية فإن المتلازمات الثلاث الأخرى تدخل في الواقع في إطار أنماط الإعاقة العقلية الأقل حدوثاً وإن كانت هي الأكثر ظهوراً بين تلك الأنماط الأقل حدوثاً . ويمكن أن نتناول هذه المتلازمات كما يلي :

أ- متلازمة أعراض داون : *Down`s syndrome*

هناك العديد من المتلازمات المرضية الجينية التي لا تنتقل بالوراثة، والتي لا تعتبر بالتالي حالات وراثية . وتعد متلازمة أعراض داون من أشهر المتلازمات المرضية من هذا النوع، وإن كانت تمثل كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤- أ) كياناً مستقلاً عن الإعاقة العقلية الفكرية في أسبابها، والخصائص المميزة لها، ومعدلات انتشارها، ونسب الذكاء الخاصة بها ولكنها كالإعاقة العقلية الفكرية تعتبر أحد أنماط الإعاقات العقلية . وتنتج هذه المتلازمة في الواقع عن حدوث شذوذ في الكروموزوم رقم ٢١ بحيث يكون بالنسبة للغالبية العظمى من تلك الحالات التي

تتعرض لها والتي تقدر بحوالي ٩٥ % تقريباً منهم ثلاثياً مما يجعلنا نشير إليه في هذه الحالة على أنه شذوذ كروموزومي في الكروموزوم رقم ٢١(*Trisomy21*)، كما قد تنتج لدى حوالي ٤ % من الحالات عن انتقال الكروموزوم ٢١ أو جزء منه من مكانه والتصاقه في الغالب بالكروموزوم رقم ١٤، أما فيما يتعلق بالنسبة الباقية والتي تبلغ حوالي ١ % تقريباً فإنها تجمع في الواقع بين الحالتين السابقتين. وتعتبر متلازمة أعراض داون كما يشير بيرن- سميث وآخرون Beirne- Smith et al. (١٩٩٨) هي أكثر أنماط الإعاقة العقلية شيوعاً والتي تظهر آثارها السلبية منذ الميلاد وذلك لدى نسبة تتراوح بين حوالي ٥ – ٦ % تقريباً من كل حالات الإعاقة العقلية .

وعلى ذلك ينبغي ألا نخلط بين الإعاقة الفكرية ككيان مستقل وبين متلازمة أعراض داون ككيان مستقل آخر وإن اجتمعا معاً في كونهما نمطين من أنماط الإعاقة العقلية، ولكن يظل لكل منهما أسبابه، والخصائص الدالة عليه حيث هناك خصائص جسمية مستقلة ومميزة تختلف في عددها من فرد إلى آخر فضلاً عن نسب الانتشار المختلفة . فالأفراد من ذوي متلازمة أعراض داون قد توجد لديهم كما يشير هانتر (٢٠٠١) Hunter بعض الثنيات الكثيفة في ركن العين مما يجعل عينيهما تنحرفان إلى أعلى قليلاً، كما يتسمون أيضاً بقوامهم الصغير، وارتخاء عضلاتهم، والمرونة الزائدة لمفاصلهم، وصغر التجويف الفمي لديهم مما يؤدي بطبيعة الحال إلى تدلي ألسنتهم من أفواههم . وإلى جانب ذلك فهم يتسمون بصغر راحة أيديهم، وعرضها، ووجود خط واحد بها يعرف بالخط القردي، ووجود عيوب بالقلب، وتعرضهم المستمر للعدوى التي تصيب الجزء العلوي من جهازهم التنفسي، كما يكونوا أكثر عرضة للإصابة باللوكيميا . وتعتبر كل هذه الخصائص كما نعلم من الخصائص المميزة لذوي متلازمة أعراض داون فقط وليس أي حالة أخرى من حالات الإعاقة العقلية، كما أن الأسباب التي تؤدي إلى حدوث تلك المتلازمة إنما تنحصر في الشذوذ الكروموزومي فقط بعكس الإعاقة الفكرية ككيان مستقل حيث تتباين أسبابها بين أسباب ما قبل، وأثناء، وما بعد الولادة . أما فيما يتعلق بنسبة انتشار كل منهما فنحن نعلم أن الإعاقة الفكرية تبلغ نسبة انتشارها نحو ٣ % تقريباً بينما تبلغ نسبة انتشار متلازمة أعراض داون حالة واحدة لكل ثمانمائة

وخمسين حالة ولادة . وإلى جانب ذلك فإذا كانت الإعاقة الفكرية تتضمن أربع فئات فرعية أو أربع مستويات تضم الإعاقة العقلية الفكرية البسيطة ، والمتوسطة ، والشديدة، والحادة فإن نسب ذكاء الأفراد ذوي متلازمة أعراض داون غالباً ما تكون في حدود الإعاقة العقلية الفكرية البسيطة والمتوسطة فقط ، ونادراً جداً ما نجد من بينهم من تقل نسبة ذكائه عن ذلك .

وتعد متلازمة أعراض داون على هذا الأساس نمطاً أساسياً من أنماط الإعاقة العقلية يشهد درجة معينة من القصور العقلي أو القصور في القدرة العقلية حيث يتراوح مستوى ذكاء الأطفال من هذه المتلازمة كما أسلفنا بين الإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة ، ويكون من النادر أن نجد أطفالاً منهم يقل مستوى ذكائهم عن هذا المستوى . وكغيرها من فئات الاضطرابات الجينية المختلفة هناك العديد من السمات التي تميز هؤلاء الأطفال وتجعل منهم فئة فريدة بين فئات الإعاقة الأخرى يمكن تمييزها عنهم كما ترى سارة روتر (٢٠٠٢) .Rutter, S . وتتضمن مثل هذه السمات ما يلي :

١- جفاف الجلد .
٢- البطء في ابتلاع الطعام أو حتى السوائل .
٣- ضعف السيطرة على اللسان .
٤- شكل مميز للوجه حيث يشبه الجنس المنغولي، وتكون الأذنان صغيرتين ومنخفضتين عن وضعهما الطبيعي، ويوجد تقوس غير طبيعي في الفم من أعلى، وتكون الأسنان عقفاء خطافية، والأنف مسطح .



شكل (١) صورة لطفلة تعاني من متلازمة أعراض داون

٥- التعرض المستمر لعدوى الصدر أو حتى الأمراض الصدرية .
٦- الالتهاب المستمر للجيوب وخاصة الجيوب الأنفية .
٧- أن حوالي ٤٠ % منهم تقريباً يتعرضون لأمراض القلب والتي تتراوح بين اللغط الخفيف *slight murmur* إلى الشذوذ الشديد الذي يتطلب الجراحة .
٨- التعرض لمشكلات في السمع .
٩- مشكلات في الإبصار .
١٠- مشكلات في الغدة الدرقية أو القصور الدرقي .
١١- توجد مجموعة من الخصائص العامة المميزة لهم من أهمها قصر القامة، وقصر الرقبة وعرضها، وقصر الذراعين والرجلين، وضعف العضلات وارتخاؤها، وقفص صدري غير عادي في شكله، وبروز البطن، وزيادة الوزن.

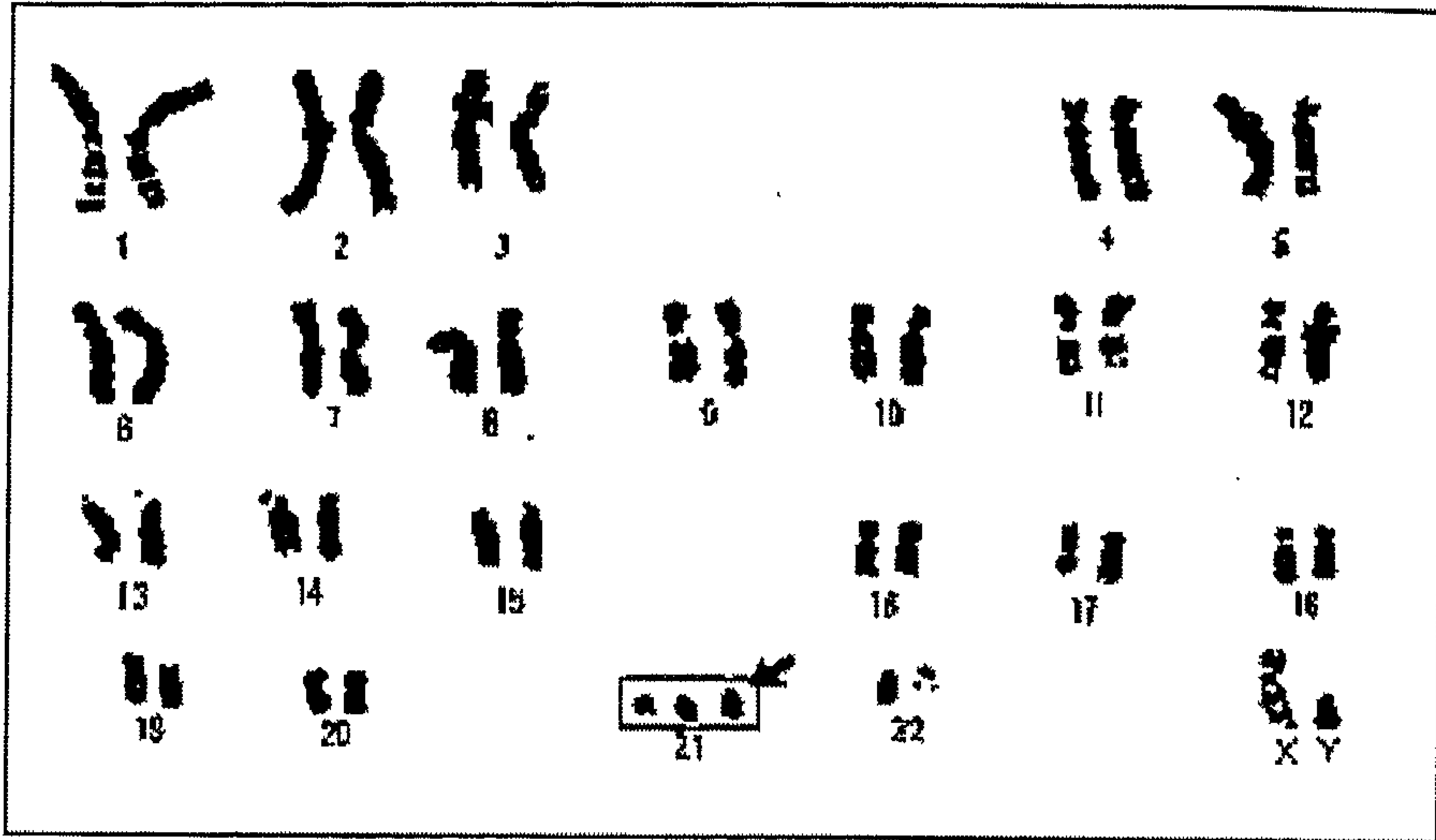
ومن الجدير بالذكر أن هذه المتلازمة إنما ترجع في الأساس إلى شذوذ أو خطأ كروموزومي معين لا يعتمد بدرجة كبيرة على الوراثة، وإن كان رغم ذلك يعتمد على وجود تاريخ مرضي لدى أسرة أي من الزوجين، وإلى زيادة عمر الأم الحامل عن خمس وثلاثين عاماً . وترى كيسلنج وسوتيل (٢٠٠٢) Kessling &Sawtell أن مثل هذا الخطأ أو الشذوذ الكروموزومي يتحدد في الكروموزوم رقم ٢١ الذي يصبح ثلاثياً أي يتضمن كروموزوماً زائداً أو إضافياً نتيجة لأن عدد الكروموزومات في الحيوان المنوي أو البويضة يكون ٢٤ بدلاً من ٢٣ مما يؤدي بالتالي إلى زيادة عدد الكروموزومات في الخلية ليصبح ٤٧ بدلاً من ٤٦ كما يحدث في الظروف العادية . كما أن هذا الخطأ قد يحدث بصورة أخرى أيضاً يعكسها وجود نمطين آخرين لتلك الإعاقة إذ أن هناك بذلك ثلاثة أنماط من هذه المتلازمة يسمى أولها بالشذوذ الكروموزومي في الكروموزوم رقم ٢١ (*Trisomy 21*) الذي يتضمن ثلاثاً من الكروموزومات . أما النمط الثاني فلا يتضمن مثل هذه الزيادة الكروموزومية، بل يكون عدد الكروموزومات في كل خلية آنذاك طبيعياً أي ٤٦ كروموزوماً فقط ، ولكن الخطأ في تلك الحالة يكمن في انتقال *translocation* جزء من الكروموزوم رقم ٢١ أو انتقاله بأكمله إلى

كروموزوم آخر قد يكون الكروموزوم ١٣ أو ١٤ أو ١٥ أو ٢٢ ولكنه في الغالب يكون رقم ١٤ وقد يحدث ذلك قبل الحمل، وقد يحدث كذلك بعد الحمل وذلك عندما يتوقف هذا الكروموزوم عن الانقسام وينتقل جزء منه أو ينتقل بأكمله إلى الكروموزوم رقم ١٤. ويمكن أن يكون الوالد أباً أو أماً حاملاً لذلك كسمة متنحية فينقلها إلى أطفاله لتكون سائدة لديهم، وأن حوالي ١ % تقريباً من أولئك الأطفال هم الذين يرثون تلك الحالة أي تنتقل إليهم وراثياً وذلك من والدهم الذي يعد حاملاً لمثل هذه السمة . هذا وتبلغ احتمالات ولادة طفل آخر من ذلك النمط حوالي ١ : ٦ إذا كانت الأم هي الحاملة لتلك الحالة أو الناقلة لها، بينما تبلغ ١ : ٢٠ إذا كان الأب هو الناقل لها أو هو الذي يحملها .

ومن جهة أخرى فإننا نجد في النمط الثالث من تلك الأنماط التي تتضمنها هذه المتلازمة والذي يعرف بالنمط الفسيفسائي *mosaic* أن الفرد الواحد يجمع في خلاياه في واقع الأمر بين الخلايا الطبيعية والخلايا الشاذة حيث يكون عدد الكروموزومات في بعض خلاياه طبيعياً أي ٤٦ كروموزوماً، بينما يكون في بعضها الآخر شاذاً أي ٤٧ كروموزوماً، وعادة ما تتكون هذه الحالة بعد الحمل حيث تنقسم الخلايا بشكل عادي، بينما يحدث خطأ يتعلق بذلك في انقسامات تالية مما يجعل بعض خلايا الجسم عادية وبعضها الآخر شاذاً، وتتحدد درجة الإعاقة لدى الفرد بمقدار ما لديه من خلايا شاذة في مقابل خلاياه الطبيعية، وتعد ولادة طفل آخر في الأسرة من نفس هذا النمط نادرة للغاية . ورغم وجود ثلاثة أنماط من متلازمة أعراض داون فإنه لا توجد في الواقع فروق بين الأطفال من هذه الأنماط جميعاً، ولكن بإمكاننا أن نتعرف على نمط هذه المتلازمة على وجه التحديد من خلال فحص الدم، ورسم بروفيل للكروموزومات *karyotype* حتى نتجنب النمط الثاني الذي تعد الوراثة مسئولة عن ١ % منه .

ويوضح الشكل التالي تلك الصورة التي عادة ما يكون عليها ذلك البروفيل الخاص بكروموزومات الأطفال من ذوي متلازمة أعراض داون وخاصة من الفئة الأولى التي تضم الخلية فيها ٤٧ كروموزوماً بدلاً من ٤٦ والتي تعرف بشذوذ الكروموزوم ٢١. *trisom 21* ويتضح من الشكل وجود أزواج من الكرموزومات في كل الكرموزومات ما عدا الكرموزوم رقم ٢١ بحيث يأتي نصف هذه

الكروموزومات من الأب، ويأتي نصفها الآخر من الأم . أما الكروموزوم رقم ٢١ فيكون ثلاثياً وهي الزيادة التي قد تأتي من أحد الوالدين بمعنى أنها قد تأتي من الأب في بعض الحالات، وقد تأتي من الأم في حالات أخرى .



شكل (٢) البروفيل الخاص بكروموزومات الأطفال من الفئة الأولى من ذوي متلازمة أعراض داون

ويشير ويسنيويسكي وآخرون (١٩٩٤) Wisniewski et al. وهوف وآخرون (١٩٩٥) Hof et al. إلى أن هناك أدلة على وجود علاقة بين متلازمة أعراض داون ومرض الزهايمر *alzheimer* حيث توضح نتائج تلك الدراسات التي أجريت في هذا الإطار أن ذوي متلازمة أعراض داون عندما يصلون إلى الخامسة والثلاثين من أعمارهم يكون لديهم شذوذ في المخ يشبه بدرجة كبيرة جداً ما يوجد لدى مرضى الزهايمر . إلا أن الأعراض السلوكية كضعف الذاكرة، ومشكلات الكلام يكون من الصعب رصدها نظراً لانخفاض القدرة المعرفية لذوي متلازمة أعراض داون في المقام الأول . ومع ذلك فإن نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الصدد توضح عدداً من الحقائق من أهمها ما يلي :

١ - أن نـسبة انتـشار الخـرف والـشيخوخة بـين ذوي متلازمـة أعـراض داون يتـراوح فـي واقـع الأمـر بـين ١٠ــ ١٥ % تقريبـاً للأفـراد فـي المرحلـة العمرية ٤٠ ــ ٥٠ سنة .
٢ - أن متوسط العمر الذي تظهر فيه تلك الأعراض لديهم يتراوح بين ٥٠ ــ ٥٥ سنة .
٣ - أن نسبة انتشاره لمن تصل أعمارهم إلى ٦٠ ــ ٧٠ سنة منهم تصل ٧٥ % تقريباً وذلك كما يرى سلومكا وبيركلي (١٩٩٧) Slomka& Berkley وفيسر وآخرون (١٩٩٧). Visser et al.
٤ - أن العلماء قد وجدوا من ناحية أخرى كما يشير بينيل (٢٠٠٠) Pinel أن بعـض أنـواع مـن الزهـايمر تـرتبط بتلـك التغيـرات التـي تطـرأ علـى الكروموزوم رقم ٢١ .

هذا ويزداد احتمال ولادة طفل من هذه المتلازمة مع زيادة عمر الأم حيث نجد على سبيل المثـال أنـه بالنسبة لـلأم التـي تبلـغ الخامسة والأربعين مـن عمرهـا يبلـغ احتمال ولادتها لطفل من هذه المتلازمة ١ــ ٣٠ . ويشير العلماء إلى وجود عوامل أخرى بجانب عمر الأم تعد أسباباً محتملة لذلك منها على سبيل المثـال عمر الأب، والتعرض للإشعاع، والتعرض لبعض الفيروسات. ومع ذلك فلا يزال البحث حول هذه العوامل المحتملة لتلك المتلازمة في مراحله الأولى، وهو الأمر الذي يجعلنا لا نزال بناء على ذلك في حاجة لمزيد من الوقت وإجراء المزيد من البحوث حتى يتم التأكد من دورها وأثرها في هذا الإطار.

وهناك في واقع الأمر أربع طرق تعد بمثابة اختبـارات تـصفية يمكـن بموجبهـا التعرف على متلازمة داون أثناء الحمل وهي ما تعد بمثابة نقطة أخرى من النقـاط التي تتميز بها هذه المتلازمة ككيان عن التخلف العقلـي ككيـان آخـر، وهذه الطـرق هي:

- فحص السائل المحيط بالجنين في الرحم . *amniocentesis*
- فحص عينة من الزغب المحيط بالمشيمة . *chorionic villus sampling CVS*

- عمل أشعة صوتية للجنين . *sonography*

- فحص مصل دم من الأم . *maternal serum screening MSS*

ومن الملاحظ أنه عند فحص السائل المحيط بالجنين في رحم الأم يأخذ الطبيب عينة من ذلك السائل الذي يوجد في الكيس المحيط بالجنين، ويحلل خلايا الجنين ليتعرف على أي شذوذ كروموزومي يمكن أن يحدث . كذلك يتم فحص هذا السائل للتعرف على وجود البروتينات التي تتسرب من العمود الفقري للجنين مما يدل على حدوث انشقاق النخاع *spina bifida* وهي حالة لا تستطيع عظام العمود الفقري خلالها أن تلتئم بشكل مناسب خلال فترة نمو الجنين . أما بالنسبة للاختبار الثاني والذي يتمثل في فحص عينة من الزغب المحيط بالمشيمة *CVS* فيأخذ الطبيب عينة من ذلك الزغب المحيط بالمشيمة ويختبرها حتى يتأكد من وجود أو عدم وجود شذوذ كروموزومي . ومن مزايا هذا الاختبار أنه يمكن القيام به في وقت مبكر من الحمل وذلك قياساً بفحص السائل المحيط بالجنين في الرحم .

ومن جهة أخرى يقوم الطبيب في حالة الأشعة الصوتية والتي تعد بمثابة الطريقة الثالثة في هذا المضمار بتحويل الموجات الصوتية عالية التردد إلى صور للجنين حتى يتعرف على وجود أي تكوينات جسمية خاطئة لدى الجنين كانشقاق النخاع على سبيل المثال . وعلى الرغم من أن هذا الاختبار يعتبر أقل في دقته من الاختبارين السابقين فإنه يسمح للطبيب باكتشاف متلازمة أعراض داون من خلال قياسات العمود الفقري . أما في الاختبار الأخير فيتم أخذ عينة دم من الأم وفحصها للتأكد من وجود عناصر معينة تدل على احتمال حدوث انشقاق النخاع أو متلازمة أعراض داون. وإذا كانت النتيجة إيجابية يوصي الطبيب بإجراء اختبار أكثر دقة كالاختبارين الأول والثاني على سبيل المثال .

ب- متلازمة أعراض وليامز : *Williams` syndrome*

يشير دايكنز وآخرون (٢٠٠٠) .Dykens et al إلى أن هذه المتلازمة تعتبر في أصلها اضطراباً كروموزومياً يحدث في الأساس كحالة نادرة بسبب عدم وجود مادة جينية في الكروموزوم السابع، وأن لها اسماً بديلاً هو متلازمة وليامز-

بورين. *Williams- Beuren* ولا تتطلب هذه المتلازمة وجود تاريخ أسري مرضي، كما يتعرض لها كل من الأولاد والبنات وذلك بنسب احتمالية متساوية، أما عن معدل انتشارها فهو يقدر بحوالي حالة واحدة لكل عشرين ألف حالة ولادة . ومن المعروف أن متوسط نسبة الذكاء للأفراد من هذه المتلازمة يتراوح بين ٥٠ ـ ٦٠ أي أن غالبية هؤلاء الأفراد يعدون في مستوى الإعاقة العقلية الفكرية البسيطة. ومع ذلك فهناك حالات يقل أو يرتفع فيها معدل الذكاء عن تلك النسبة، كما توجد بعض الحالات النادرة التي يقترب معدل الذكاء فيها من المدى الطبيعي أو العادي . ويشير بروكس (٢٠٠٢) Brooks إلى أن هناك مظهراً وجهياً معيناً يميز من يعانون من هذه المتلازمة، كما توجد لديهم مشكلات تتعلق بتوازن نسبة الكالسيوم في الجسم، وضيق أوعيتهم الدموية . وهي كمتلازمة جينية تتسم بالتأخر النمائي، وضيق شريان الأورتا *aorta* الذي يخرج من القلب ناقلاً الدم إلى باقي أجزاء الجسم، بل وضيق الأوعية الدموية بالجسم عامة نتيجة لأن المادة الجينية في الكروموزوم السابع هى التي تعد مسئولة عن إفراز الهرمون الذي يعطي المرونة للأوعية الدموية وغيرها من الأنسجة بالجسم، كما يوجد بروفيل معرفي وآخر للشخصية يميزان هؤلاء الأفراد . وفضلاً عن ذلك فإنه غالباً ما يتعرض هؤلاء الأفراد كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤- ب) لعيوب في القلب، كما يتسمون بحساسيتهم غير العادية للأصوات، وملامحهم الوجهية غير العادية أيضاً والتي تعرف بالملامح الجنية *elfin* فالأنف أفطس وصغير، والعيون منتفخة، والأذن بيضاوية، والفم واسع، والشفتان عريضتان، والذقن صغيرة .

ولا توجد هناك وسيلة معينة لمنع حدوث هذه المتلازمة أي أنه لا توجد أي وقاية منها، ومن ثم فلا يمكننا أن نتحدث عن الوقاية من هذا المنطلق . أما إذا ما كان هناك تاريخ أسري مرضي يتعلق بتلك المتلازمة فإنه عادة ما يمكن إجراء فحص جيني قبل الولادة *prenatal genetic testing* للتأكد من عدم تعرض الجنين لها . ومن أهم الفحوص التي تستخدم في سبيل هذا الغرض ما يلي :

- التسجيل البياني لضربات القلب بأشعة الدوبلر *Doppler* للتأكد من مدى حدوث ضيق في الأوعية الدموية .
- الفحص الدوري لضغط الدم .

- فحص الكليتين بالأشعة فوق الصوتية .
- فحص الدم .
- الفحص الجيني للتأكد من عدم وجود مادة جينية في الكروموزوم السابع وهو الأمر الذي يتعرض له حوالي ٩٩ % من الأطفال الذين يعانون من هذه المتلازمة تقريباً، ويعرف هذا الفحص باسم *FISH* .

ومن أهم الأعراض المميزة لهذه المتلازمة ما يلي :

١- إعاقة عقلية فكرية تتراوح في مستواها بين البسيط إلى المتوسط .
٢- قوام قصير قياساً بما يسود في الأسرة .
٣- مشكلات تتعلق بالرضاعة وتناول الطعام .
٤- ارتخاء عضلات المفاصل الذي يتطور إلى التصلب مع زيادة عمر الطفل.
٥- التأخر النمائي .
٦- تأخر نمو اللغة والكلام .
٧- تشتت الانتباه .
٨- اضطرابات تعلم ترجع في الأساس إلى ضعف القدرات البصرية المكانية، والاضطرابات التي تتعلق بضيق الشرايين والأوردة .
٩- ضيق الأوعية الدموية .
١٠- تقعر الصدر أو كونه عى هيئة تجويف مقعر .
١١- انثناء الإصبع الصغير نحو الداخل .
١٢- سمات شخصية مميزة تتضمن الود، والثقة في الغرباء، والخوف من الأصوات العالية أو من الاتصال البدني، والميل إلى الموسيقى . وهم بذلك يتفقون في هذه النقطة الأخيرة والتي تتمثل في ميلهم إلى الموسيقى وانجذابهم إليها مع الأطفال التوحديين .

أما عن الشكل الجسمي فهو يتميز بما يلي :

١- بروز الشفتين .
٢- الفم المفتوح بشكل مستمر .
٣- انبساط قصبة الأنف، وانعقافها الصغير .
٤- زيادة طول الخط الأوسط الفاصل بين الشفة العليا وأسفل الأنف .

٥- نمط غير عادي لقزحية العين بحيث تبدو على هيئة نجمة .
٦- الغياب الجزئي للأسنان بحيث يتضح وجود فراغات كبيرة بين الأسنان.
٧- نوبات القلب .
٨- زيادة الكالسيوم في الدم مما يؤدي في واقع الأمر إلى حدوث نوبات صرعية وتصلب العضلات.
٩- ارتفاع ضغط الدم اعتماداً على درجة ضيق الأوعية الدموية .
١٠- طول النظر .




شكل (٣) الملامح الوجهية المميزة لذوي متلازمة أعراض وليامز

وعلى هذا الأساس فإن بوسعنا أن نلجأ إلى النمط الجسمي الذي يظهر على الفرد منذ الولادة ويميزه وذلك في سبيل التعرف على مثل هذه الحالات، وتشخيصها إذ أن كل نمط من أنماط الاضطرابات الكروموزومية التي تمثل نمطاً من أنماط الإعاقة العقلية إنما يتسم بوجود تكوين جسمي يميزه عن غيره من الأنماط الأخرى .

جـ متلازمة الكروموزم X الهش : *Fragile X syndrome*

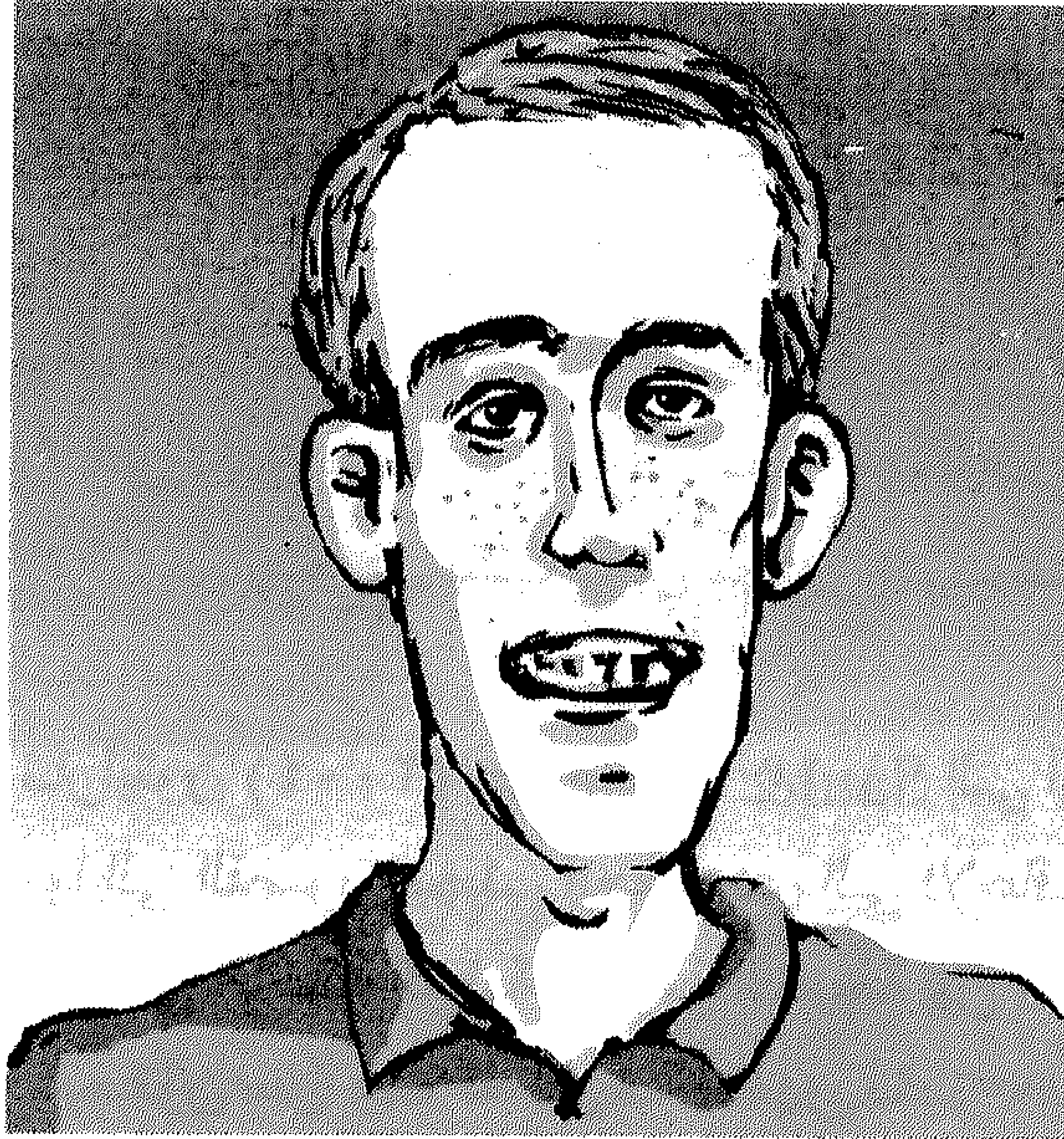
تعد هذه المتلازمة هي أكثر سبب وراثي معروف وشائع يؤدي إلى الإعاقة العقلية كما يرى هاجرمان (٢٠٠١) . Hagerman وحينما تؤدي هذه المتلازمة إلى الإعاقة الفكرية فإنها تحدث كما يشير تيرنر وآخرون (١٩٩٦) .Turner et al

بنسبة تصل إلى (١) لكل أربعة آلاف حالة ولادة من البنين، كما تحدث لدى نصف هذا العدد فقط من الإناث . أما حينما تؤدي إلى حالات قصور معرفية أبسط كصعوبات التعلم على سبيل المثال فإن معدل انتشارها يصل إلى (١) لكل ألف حالة ولادة . وكما يتضح من اسمها فإن هذه المتلازمة أو القصور الذي يحدث فيها يرتبط بالكروموزوم رقم ٢٣ ومن المعروف أن هذا الكروموزوم بالنسبة للذكور يضم زوجاً من الكروموزومات هما X , Y أما بالنسبة للإناث فكلاهما يكون X .
وقد سمي هذا الاضطراب بالكروموزوم X الهش نظراً لأن الجزء السفلي من الكروموزوم X بالنسبة للأفراد المصابين بهذا الاضطراب يتعرض للانحلال في بعض خلايا الدم . ونظراً لأن الإناث يكون لديهن كروموزوم X إضافي فإن ذلك يعطيهن حماية أفضل ضد هذا الانحلال الذي يتعرض له الكروموزوم إذا ما تعرض أحد هذين الكروموزومين للتلف أو الضمور، ومن ثم يحدث هذا الاضطراب بين الإناث بدرجة تقل بكثير عن معدل حدوثه لدى الذكور وهي النسب التي أشرنا إليها منذ قليل .

ويشير سول وتارليتون (٢٠٠٤) Saul& Tarleton إلى أن هذه المتلازمة التي ترجع في أساسها إلى القصور الجيني إنما تؤدي إلى الإعاقة العقلية الفكرية المتوسطة بين البنين، وإلى الإعاقة العقلية الفكرية البسيطة بين الإناث . وقد يكون للبنين خاصة الذين يعانون من هذه المتلازمة مظهر مميز حيث تكون الرأس كبيرة، والوجه طويل، والجبهة بارزة، كما تكون الذقن طويلة، والعينان جاحظتان فضلاً عن ارتخاء عضلات مفاصلهم، وكبر حجم الخصيتين لديهم . وعادة ما تنتشر بينهم المشكلات السلوكية، وأحياناً ما يتعرضون لأحد أنماط اضطرابات طيف التوحد .

ومن جهة أخرى فإنه قد تتطور بعض الخصائص الجسمية لدى عامة الأفراد الذين يصابون بهذا الاضطراب من بينها وفي مقدمتها كبر حجم الرأس، وكبر الأذن وانبساطها، أما الوجه فيكون طويلاً ورفيعاً، والجبهة بارزة، والأنف عريض، والذقن بارزة ومربعة، والأصابع غير مستدقة الأطراف، وراحة اليد عريضة . وعادة ما يكون القوام طبيعياً لدى كل من البنين والبنات، كما أنه لا توجد أي تكوينات شاذة تصاحب هذه المتلازمة لدى أولئك الأفراد . وعلى الرغم من أن

هذه الحالة غالباً ما تؤدي إلى الإعاقة العقلية الفكرية التي تتراوح في مستواها بين البسيط والمتوسط وليس الشديد فإن الآثار التي يمكن أن تترتب عليها تتباين بشدة فتكون أوجه القصور المعرفية أقل حدة لدى بعض الأفراد، كما أن بعض من يعانون منها وخاصة من الإناث يحصلون على درجات أو نقاط في المعدل العادي للذكاء. ويعرض الشكل التالي لمثل هذه الخصائص المميزة لمن يعانون من هذه المتلازمة .



شكل (٤) الملامح المميزة لذوي متلازمة الكروموزوم X الهش

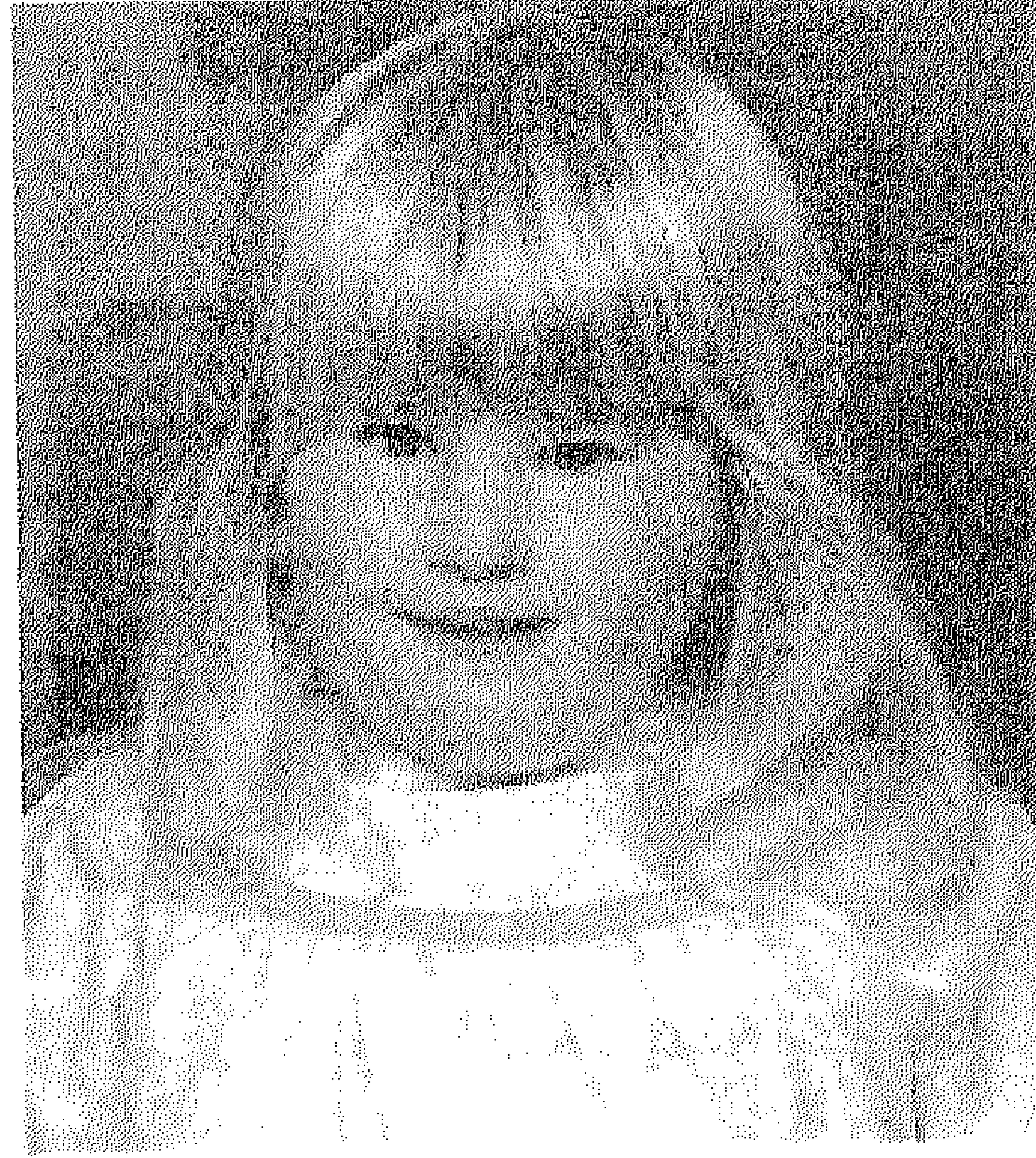
ومن أهم الفحوص التي يتم استخدامها في سبيل التعرف على مدى وجود هذه المتلازمة لدى الفرد ما يلي :

١- فحص الكروموزومات وتحليلها .
٢- فحص البروتين .
٣- اللجوء إلى اختبارات الفحص والتصفية للأفراد الذين يعانون من الإعاقة العقلية الفكرية .
٤- فحص النمط السلوكي الكلي للأفراد .
٥- الفحص الجيني .

د- متلازمة برادر- ويلي : *Prader- Willi syndrome*

تعد متلازمة برادر- ويلي *PWS* من المتلازمات الكروموزومية التي يتعرض لها الأفراد حيث يرث الأفراد الذين يعانون من هذه المتلازمة من الأب نقص المادة الجينية في الكروموزوم رقم ١٥ كما يرى دايكنز وآخرون (٢٠٠٠) Dykens et al. حيث إن هذه المادة التي تورث من الأب هي التي تكون فعالة، أما نفس المادة التي تورث من الأم فلا تتسم بالفعالية، وعلى ذلك فإنهم يعانون من تلك المشكلة رغم أنهم يرثون نفس تلك المادة من الأم . وعادة ما تظهر الأعراض الدالة على هذه المتلازمة على الأطفال منذ ولادتهم إذ تشير كاسيدي وسكوارتز (٢٠٠٤) Cassidy& Schwartz إلى أن هذه المتلازمة من شأنها أن تؤدي عادة إلى حدوث الإعاقة العقلية، وتتسم فسيولوجياً بالنقص الحاد في التوتر *hypotonia* ووجود مشكلات في الرضاعة في مرحلة المهد يتبعها في نهاية تلك المرحلة وفي مرحلة الطفولة المبكرة إفراط في تناول الطعام ينتج عنه سمنة تزداد تدريجياً ما لم تتم السيطرة عليها . ومن ثم فهناك طوران متميزان لهذه المتلازمة حيث يتسم الأطفال في الطور الأول بالكسل والسبات، ويجدون صعوبة في تناول الطعام، ومع ذلك فعندما يصل عمر الطفل حوالي عام تقريباً فإنه يصبح مشغولاً بالطعام بشكل قهري وذلك كطور ثان، ومن ثم فإن هذه المتلازمة تعد في الواقع سبباً جينياً يؤدي إلى السمنة . وعلى الرغم من أن الميل للسمنة يعتبر في الواقع هو أخطر مشكلاتهم الصحية فإنهم يعدون معرضين أيضاً لمجموعة من المشكلات الصحية الأخرى، ويتضمن ذلك قصر قوامهم بسبب قصور في هرمونات النمو. وإلى جانب ذلك هناك مشكلات في القلب، واضطرابات النوم مثل النعاس المفرط أثناء النهار، والاختناق أثناء النوم *sleep apnea* أي توقف التنفس تماماً أثناء النوم، والزّوَر أو الجَنَف *scoliosis* أي تقوس العمود الفقري وانحناؤه . هذا وتتباين درجة ومستوى الإعاقة العقلية الناتجة عن هذا الاضطراب، إلا أن مستوى ذكاء غالبية الأفراد الذين يعانون من هذه المتلازمة يقع في حدود الإعاقة الفكرية البسيطة . وإلى جانب ذلك فإن هؤلاء الأفراد يعانون أيضاً من القصور الغدي التناسلي، وأن هذه الخصائص جميعاً تؤدي إلى وجود نمط سلوكي عام يميزهم عن غيرهم . ومن ثم يمكن أن نقوم بتعريف متلازمة برادر- ويلي على أنها متلازمة

أعراض مرضية وراثية توجد لدى الفرد منذ ولادته، وتتسم بعدد من الخصائص المميزة والتي تتمثل في السمنة، ونقص التوتر العضلي، وقصور في القدرات العقلية، والقصور الغدي التناسلي . *hypogonadism*



شكل (٥) الملامح المميزة لذوي متلازمة برادر – ويلي

وعادة ما تظهر الأعراض الدالة على هذه المتلازمة منذ الميلاد فيكون حجم الوليد صغيراً، ويتسم بالنقص الحاد في التوتر . كما أن خصيتي الأطفال الذكور قد لا تتدليان، وعادة ما يبدي الطفل بصفة عامة قصوراً عقلياً معرفياً، وتأخراً في النمو الحركي ، وقدراً متزايداً من السمنة فضلاً عن أن يديه وقدميه يتسمون بصغر الحجم . وقد يتزايد وزن الطفل بشكل سريع خلال السنوات القليلة الأولى من عمره نظراً لأنه يتسم آنذاك بالجوع الذي لا يمكنه أن يقاومه والذي عادة ما يكون من شأنه أن يؤدي إلى السمنة المفرطة والخطيرة أي التي تؤثر سلباً على صحته حيث تكون لديه رغبة جامحة في تناول الطعام، كما أنه يفعل أي شيء وكل شيء حتى يتمكن من الحصول عليه وهو الأمر الذي يؤدي به وبمن هم على شاكلته إلى حدوث زيادة هائلة في وزنهم لا يمكن السيطرة عليها . ومن المؤكد أن هذه السمنة الخطيرة من شأنها أن تؤدي بهم إلى حدوث مشكلات في التنفس، بل ويمكنها أن تؤدي إلى حدوث الاختناق، وحدوث مشكلات في الجانب الأيمن من القلب، وربما

الوفاة . وعادة ما يكون النمو العقلي لهؤلاء الأطفال بطيئاً، كما أنهم يعانون من القصور العقلي . ومن الناحية الانفعالية فإنهم غالباً ما يكون سعداء، ويكونون دائمي الابتسام، ومن الناحية الاجتماعية فإنهم يشعرون بالسعادة لوجودهم مع الآخرين . أما عن الوقاية من هذه المتلازمة فيمكننا أن نؤكد أنه لا توجد هناك وسيلة معينة لمنع حدوث هذه المتلازمة أي أنه لا توجد أي وقاية منها، ومن ثم فلا يمكننا أن نتحدث عن الوقاية من هذا المنطلق، ولكن يمكننا فقط أن نقوم بتقديم الإرشاد الجيني للوالدين الذين يعدان من المعرضين لخطر ولادة طفل لهما يعاني من تلك المتلازمة .

ومع ذلك فقد اعتقد العديد من المختصين في الآونة الأخيرة كما يشير دايكنز وآخرون (٢٠٠٠) .Dykens et al أن العديد من حالات الإعاقة العقلية الفكرية البسيطة إنما ترجع إلى متلازمات مرضية كروموزومية معينة حيث هناك العديد من الحالات التي أدت في الواقع إليها كل من متلازمة أعراض برادر- ويلي *Prader- Willi* ومتلازمة أعراض وليامز *Williams* فضلاً عن متلازمة أعراض الكروموزوم X الهش لدى البنات والتي تعاني جميعها كحالات من الإعاقة العقلية الفكرية البسيطة . كما أن هناك اعتقاداً بأن المستقبل القريب سوف يشهد اكتشاف متلازمات مرضية كروموزومية أو جينية جديدة كأسباب يمكنها في واقع الأمر أن تؤدي كذلك إلى الإعاقة العقلية الفكرية البسيطة .

أما عن المحكات الدالة على هذه المتلازمة فإن بعضها يعد أولياً في حين يعتبر بعضها الآخر ثانوياً، وينبغي بالنسبة للأفراد عامة أن يتوفر لديهم عدد من المحكات الأولية يفوق عدد المحكات الثانوية بحيث يصل عدد النوع الثاني إلى ربع عدد النوع الأول تقريباً . وهذه المحكات هي :

أولاً : المحكات الأولية :

١- نقص التوتر فسيولوجياً مصحوباً بمشكلات في الرضاعة تتطور مع النمو.
٢- تعرض الطفل في مرحلة المهد لمشكلات في الرضاعة .
٣- بداية الزيادة السريعة في الوزن ما بين ١٢ شهراً من العمر وست سنوات مما يؤدي إلى حدوث السمنة .

٤- الإفراط في تناول الطعام . *hyperphagia*

٥- خصائص وجهية معينة مثل ضيق القطر الأمامي للوجه، والوجه الطويل الذي يشبه قطعة الماس، والفم المنخفض .

٦- القصور الغدي التناسلي *hypogonadism* الذي يظهر في عدة صور كالتالي :

أ - نقص نمو الأعضاء التناسلية *genital hypoplasia* وذلك لكل من البنين والبنات على حد سواء .

ب- تأخر حدوث البلوغ الجنسي وعدم اكتماله .

جـ- عدم الخصوبة أو العقم .

٧- التأخر النمائي .

٨- الإعاقة العقلية الفكرية البسيطة إلى المتوسطة .

٩- التعرض لصعوبات تعلم متعددة .

ثانياً : المحكات الثانوية :

١- نقص حركة الجنين وبالتحديد حركته العادية، والسبات في مرحلة المهد ثم تحسن معدل الحركة مع نمو الطفل .

٢- مشكلات سلوكية نمطية تتضمن النوبات المزاجية، والسلوك القهري، والصرامة، والسرقة، والكذب، والعناد .

٣- اضطرابات النوم، والاختناق أثناء النوم .

٤- قصر القوام .

٥- قصور المادة الملونة في الأنسجة والخلايا .

٦- صغر حجم اليدين والقدمين .

٧- مشكلات في العين تتعلق بالجانب العضلي .

٨- زيادة كم اللعاب وكثافته .

٩- عيوب في النطق .

١٠- المهارة في حل الألغاز .

هذا ويمكن اللجوء إلى فحص وتحليل الكروموزومات فضلاً عن الفحوص الجينية للتأكد من مدى وجود هذه المتلازمة لدى الجنين والوليد وتعرضه لها .

كذلك فمن الجدير بالذكر أن الخصائص الإكلينيكية التالية إنما تعد بمثابة مؤشرات عادة ما يكون من شأنها أن تدل عليها وذلك على الرغم من عدم ضرورة وجودها بالكامل لكل فرد، ولكن يكفي أن تتوفر غالبيتها لديه، وهذه المؤشرات هي :

١- خلال فترة الحمل :

أ- انخفاض معدل حركة الجنين .

ب- الوضع غير العادي المستمر للجنين .

٢- عند الميلاد :

أ- غالباً ما تكون الولادة مبتسرة أو قيصرية .

ب- الكسل والسبات .

جـ- النقص الحاد في التوتر .

د- وجود مشكلات تتعلق بالرضاعة بسبب قصور التوتر العضلي مما يؤثر على منعكس المص أو الرضاعة .

هـ- وجود مشكلات تتعلق بالتنفس .

و- القصور الغدي التناسلي .

٣- خلال مرحلة الرضاعة :

أ- استمرار المشكلات التي تتعلق بتناول الطعام .

ب- القصور العقلي .

جـ- تأخر ظهور المعالم الرئيسية للنمو .

د- الإفراط في النوم .

هـ- الحول .

و- الجنف وهو ما لا يظهر عند الميلاد .

٤- خلال مرحلة الطفولة :

أ- تأخر الكلام .

ب- انخفاض معدل ومستوى التآزر الجسمي .

جـ- الإفراط في تناول الطعام وخاصة فيما بين سن عامين وأربعة أعوام (ومن ثم فإن ذلك يمثل تغيراً إذ كان الأمر يتسم من قبل بحدوث مشكلات تتعلق بتناول الطعام).

و- الوزن المفرط .

٥- خلال مرحلة المراهقة :

أ- تأخر حدوث البلوغ .

ب- قصر القامة .

جـ- السمنة .

د- المرونة الجسمية المفرطة .

٦- خلال مرحلة الرشد :

أ- العقم وذلك لكل من الذكور والإناث .

ب- القصور الغدي التناسلي .

جـ- الشعر المسترسل .

د- السمنة .

هـ- النقص الحاد في توتر العضلات .

و- الأداء الوظيفي العقلي في الفئة البينية .

ز- مشكلات في الأداء الأكاديمي .

ح- البول السكري .

ط- المرونة الجسمية المفرطة .

٧- المظهر الجسمي المميز للراشدين :

أ- الجسر الأنفي البارز . *prominent nasal bridge*

ب- صغر حجم اليدين والقدمين .

جـ- نعومة الجلد .

د- السمنة الزائدة وخاصة في المنطقة الوسطى من الجسم .

هـ- الجبهة البارزة والضيقة .

و- العينان الجاحظتان والشفتان الصغيرتان المستديرتان نحو الأسفل .

ز- الشعر الخفيف قياساً بالأعضاء الآخرين في الأسرة .

ح- عدم اكتمال النمو الجنسي .

ط- عادة ما توجد بعض البثور والخطوط على الجلد .

ي- تأخر النمو الحركي .

٢ـ المتلازمات الكروموزومية والأنماط السلوكية الكلية أو العامة

أولى معظم المختصون حتى وقت قريب اهتماماً ضئيلاً بنمط الإعاقة العقلية التي يعاني الشخص منها وذلك في سبيل تحديد تلك الخصائص السلوكية المميزة له. ومع ذلك فقد بدأ الباحثون كما يرى مولدافسكي وآخرون Moldavsky et al. (٢٠٠١) وفاينجان (١٩٩٨) Finegan في تحديد الأنماط العامة للخصائص السلوكية التي ترتبط ببعض المتلازمات المرضية الكروموزومية وهي الأنماط السلوكية التي يشار إليها على أنها كلية أو عامة والتي يمكن اللجوء إليها في سبيل التوصل إلى تشخيص دقيق لمثل هذه الحالات حيث يمكن استخدام التلازم بين تلك المتلازمات الكروموزومية والأنماط السلوكية الكلية أو العامة في التشخيص إذ أن هناك نمطاً سلوكياً كلياً معيناً يرتبط بكل منها وهو ما يعني اختلاف مثل هذه الأنماط الكلية باختلاف المتلازمات الكروموزومية. ويعرف النمط السلوكي الكلي *behavioral phenotype* بأنه مخزون سلوكي معين ومميز يظهر حال وجود اضطراب جيني أو كروموزومي معين. ويتضمن ذلك مدى واسعاً من الخصائص النمائية والسلوكية التي تضم الجوانب المعرفية واللغوية والاجتماعية إضافة إلى المشكلات السلوكية والسيكوباثولوجيا.

هذا وقد حدد الباحثون المتلازمات المرضية الكروموزومية الأربع التي ذكرناها سلفاً عند الحديث عن تلك الأسباب قبل الولادية للإعاقة العقلية، وهي متلازمة أعراض داون، ومتلازمة أعراض ويليامز، ومتلازمة أعراض الكروموزوم X الهش، ومتلازمة أعراض برادر- ويلي على أنها من أكثر هذه المتلازمات شيوعاً. ومن المعروف أن كلاً من هذه المتلازمات المرضية الجينية كما يشير مولدافسكي وآخرون Moldavsky et al. (٢٠٠١) ودايكنز وآخرون Dykens et al. (٢٠٠٠) وهوداب وفيدلر (١٩٩٩) Hodapp& Fidler لها نمط سلوكي كلي مميز نسبياً يرتبط بها، ويميزها عن غيرها من المتلازمات الأخرى حيث نلاحظ على سبيل المثال أن ذوي متلازمة أعراض داون غالباً ما يعانون من نواحي قصور معينة وذات دلالة وذلك في اللغة التعبيرية، والقواعد اللغوية قياساً بالمهارات البصرية المكانية *visual- spatial skills* بينما نجد أن

العكس غالباً ما يكون هو الصحيح بالنسبة لأقرانهم من ذوي متلازمة أعراض وليامز. كما تكون قدرتهم على سرد القصص بما فيها القدرة على تغيير وتشكيل نغمة الصوت وارتفاعه دليلاً واضحاً يعكس ويدل على المضمون الانفعالي لمثل هذه القصص . وإلى جانب ذلك فإن الاجتماعية التي يتسمون بها، ووجوههم الغريبة ذات الملامح الجنية *elflike* قد أدت بالبعض إلى أن يفترض أن مثل هؤلاء الأشخاص ما هم إلا الجان أو العفاريت التي تصورها الحكايات الشعبية المختلفة . ومع ذلك فإنهم يتمتعون بمهاراتهم العالية في اللغة التعبيرية، والتعرف على الوجوه، والذاكرة فضلاً عن ميولهم ومهاراتهم الموسيقية البارزة . أما ذوو متلازمة أعراض الكروموزوم X الهش فإنهم عادة ما يتميزون بمهاراتهم اللفظية، وذاكرتهم طويلة المدى في حين نجدهم يتعرضون لأوجه قصور في الذاكرة قصيرة المدى، وإجراء العمليات المتتالية فضلاً عما يقومون به من أنماط سلوكية تكرارية، وما يعانونه من قلق اجتماعي، وانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة والمتباينة . بينما نلاحظ أن أقرانهم من ذوي متلازمة أعراض برادر- ويلي عادة ما يعانون من المعالجة السمعية للمعلومات، ومن العديد من المشكلات التي تتعلق بتناول الطعام أو الرضاعة في المهد فضلاً عن الإفراط في تناول الطعام والسمنة في الطفولة والمراهقة . كما أنهم يعانون أيضاً من اضطرابات النوم، والسلوكيات الإجبارية أو الإلزامية التي غالباً ما يقومون بها . أما جوانب قوتهم فتتمثل في الارتفاع النسبي لمعدل ذكائهم والذي قد يصل إلى حوالي ٧٠ في المتوسط ، والمعالجة البصرية للمعلومات المختلفة إلى جانب قيامهم بتركيب الألغاز المختلفة ذات القطع الخشبية كي تشكل في النهاية صورة معينة عندما يتم ترتيبها .

ويعرض الجدول التالي للخصائص السلوكية التي ترتبط بكل من هذه المتلازمات علماً بأنه لا يوجد هناك تطابق تام بين التشخيص ومثل هذه الخصائص حيث أن تلك الخصائص التي ترتبط بأي من هذه المتلازمات لا تظهر بالضرورة لدى جميع الأفراد الذين يعانون من أي منها بمعنى أنه ليس هناك تشابه تام بين كل الأفراد من ذوي تلك المتلازمات حيث أننا عادة ما نجد في واقع الأمر أن أي فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة سواء كانوا من ذوي

الإعاقات أو حتى من الموهوبين ما هي إلا فئة غير متجانسة من الأفراد إذ يمثل كل فرد فيها حالة خاصة تقوم بذاتها، ومن ثم فهو يختلف اختلافاً غير قليل عن أقرانه الآخرين، ولا يمكن لنا أن نجد على أثر ذلك أن هناك حالتين تتشابهان تماماً وهو الأمر الذي يفسر لنا بطبيعة الحال وجود ما يعرف بالبرنامج التربوي الفردي أو الخطة التربوية الفردية التي يتم إعدادها لكل فرد من هؤلاء الأفراد، والتي لا يمكن أن يتم استخدامها مطلقاً مع غيره من أقرانه الذين يعدون على شاكلته، وينتمون إلى نفس الفئة التي ينتمي هو الآخر إليها فضلاً عن ضرورة استخدام أسلوب التعليم المتمايز حتى مع ذوي الإعاقات البسيطة منهم .

المتلازمة الجينية	النمط السلوكي الكلي	
	أوجه القصور النسبية	جوانب القوة النسبية
متلازمة أعراض داون	المهارات اللفظية وخاصة القواعد. مشكلات في تفسير الانفعالات الوجهية. تميل المهارات المعرفية إلى أن تقل مع الوقت. البداية المبكرة للزهايمر.	المهارات البصرية- المكانية.
متلازمة أعراض وليامز	المهارات البصرية- المكانية. السيطرة على الحركات الدقيقة. القلق والخوف والفوبيا. المظهر الودود.	اللغة التعبيرية خاصة المفردات اللغوية. التعرف على الوجوه والذاكرة. الميول والمهارات الموسيقية.
متلازمة أعراض الكروموزوم	الذاكرة قصيرة المدى. إجراء العمليات المتتالية. الأنماط السلوكية التكرارية.	المهارات اللفظية بما فيها المفردات اللغوية. الذاكرة طويلة المدى بالنسبة

X الهش	القلق الاجتماعي والانسحاب.	لما تم اكتسابه بالفعل من معلومات.
متلازمة أعراض برادر- ويلي	المعالجة السمعية للمعلومات. مشكلات تناول الطعام (الرضاع) في المهد. الإفراط في الأكل والسمنة في الطفولة والمراهقة. اضطرابات النوم. السلوكيات الإجبارية أو الإلزامية.	نسبة ذكاء عالية نسبياً متوسطها حوالي ٧٠ . المعالجة البصرية للمعلومات. السهولة في حل الألغاز التي تتألف من قطع خشبية صغيرة تشكل صورة معينة عند ترتيبها.

شكل (٦) العلاقة بين المتلازمات الكروموزومية والأنماط السلوكية الكلية

تشخيص وتقييم الإعاقة العقلية وأنماطها

تشهد الإعاقة العقلية بصفة عامة قصوراً في القدرة العقلية ينعكس على انخفاض نسبة ذكاء الفرد عن المتوسط بما لا يقل عن انحرافين معياريين على الأقل، ويعد السلوك التكيفي *adaptive behavior* والذي يعبر عن كفاءة الفرد في التكيف للاحتياجات المادية والاجتماعية لبيئته بمثابة جانب متزامن آخر لذلك القصور الذي يحدث خلال سنوات النمو، وقد يكون ذلك القصور في السلوك التكيفي متضمناً في عدة نواحي مثل؛ النضج، والقدرة على التعلم، والتكيف الاجتماعي . وبالتالي فإنه ينعكس على مهارات العناية بالذات حيث تدل عليه (كالقدرة على أن يرتدى الطفل ملابسه بنفسه بشكل مناسب ، وأن يعمل بمهنة بسيطة على سبيل المثال) وهو ما يجعلها ضرورية للطفل، بل إنه يعد في حاجة ماسة إليها كي يتمكن من أن يحيا بشكل مستقل. وعلى هذا الأساس فإن الطفل يجب أن يتوفر فيه أو ينطبق عليه عدد من الشروط كي نعتبره معوقاً عقلياً، ويمكن إجمال تلك الشروط فيما يلي :

١ - أن يكون أداؤه الوظيفي العقلي دون المتوسط وذلك بشكل دال .

٢ - أن يكون في الوقت ذاته غير قادر على أن يعتني بنفسه أو يحيا بشكل مستقل بمعني أن يعاني من قصور في سلوكه التكيفي .

٣ - أن يحدث ذلك خلال سنوات النمو بالنسبة للفرد بمعني أن يحدث ذلك قبل أن يبلغ الفرد الثامنة عشرة من عمره ، أما إذا انحدر مستوي الأداء الوظيفي العقلي للفرد إلى المستوى دون المتوسط لأول مرة في حياته وذلك في وقت ما بعد أن يكون قد تجاوز الثامنة عشرة ولم يستطع أن يتكيف بشكل مستقل أو يعتني بذاته فإن الأمر هنا لا يمكن بأي حال من الأحوال أن نعتبره إعاقة عقلية لأنه بذلك يكون قد تجاوز أحد الشروط الضرورية لها وهو حدوثه قبل بلوغ الفرد الثامنة عشرة من عمره .

ومن هذا المنطلق تتطلب الإعاقة العقلية كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤- أ) حدوث أوجه قصور في جانبين أساسيين هما الأداء الوظيفي العقلي والأداء التكيفي للطفل . وإذا كان الأمر كذلك فإن تشخيص الإعاقة العقلية لا يجب بالضرورة أن يتطلب مقياساً وحيداً للتعرف عليها كأن نقوم مثلاً كما يحدث في كثير من الأحيان بتطبيق مقاييس الذكاء على الطفل وإذا وجدنا أن نسبة ذكائه دون المتوسط نقوم بتشخيص الحالة على أنها إعاقة عقلية حيث أنه إذا ما حدث ذلك فإننا نكون مخطئين بالفعل لأن نسبة الذكاء المنخفضة في حد ذاتها لا يجب بالضرورة أن تكون معياراً صادقاً للإعاقة العقلية وإن كانت تمثل شرطاً ضرورياً لتشخيص الطفل كذلك . وفي مثل هذه الحالة يجب علينا إلي جانب ذلك أن نقوم بتطبيق أحد مقاييس السلوك التكيفي، ونتأكد آنذاك من أن الطفل غير قادر علي أن يعتني بذاته. ويري بعض المتخصصين في هذا المجال أن نقوم أولاً بتطبيق مقياس للسلوك التكيفي علي الطفل، أو نلجأ من ناحية أخرى إلي أحد البدائل التي تعمل على قياس الأداء الوظيفي المستقل، أو النمو اللغوي، أو القدرة على تحمل المسئولية، أو النشاط الاقتصادي ، أو المنزلي ، أو الجسمي حيث هناك العديد من المجالات التي يجب أن نقيس أداء الطفل فيها حتى تساعدنا في التشخيص، وإذا ما وجدنا أن هناك بعض أوجه القصور التي لا يستطيع الطفل من جرائها أن يعتني بذاته أو يحيا بشكل مستقل يكون من الضروري في مثل هذه الحالة أن نقوم على الفور بتطبيق أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال عليه حتى نتأكد بالفعل من أن نسبة ذكائه دون

المتوسط . وفي مثل تلك الحالة يمكننا أن نصل إلى تشخيص نهائي للحالة بأن صاحبها يعاني من نمط معين من أنماط الإعاقة العقلية ، ويعرف هذا الاتجاه في التشخيص والقياس والتقييم بأنه الاتجاه التكاملي وهو الاتجاه الذي بدأ يسود في الآونة الأخيرة .

ومن جهة أخرى فإن الإعاقة العقلية تترك آثاراً سلبية تنعكس بشكل مباشر على مختلف مظاهر سلوك الطفل وذلك بدرجات ونسب متفاوتة، فهي تنعكس على أدائه في القدرات العقلية والمعرفية، وتنعكس كذلك على قدرته على التكيف الاجتماعي ، وعلى اتزانه الانفعالي ، وعلى سمات شخصيته ككل. ومن هذا المنطلق نرى أنه بشكل عام هناك العديد من الخصائص التي يتسم بها الأطفال المعوقون عقلياً والتي تعد من الأدلة التي يمكن الرجوع إليها عند التعرف على الحالة وتشخيصها وهو ما يمكن أن نحدده عن طريق اللجوء إلى الملاحظة أو المقاييس والاختبارات النفسية الخاصة بذلك . ويأتي في مقدمة تلك السمات قدرة الطفل المحدودة على القيام بما يلي:

أ - تكوين المفاهيم المجردة .
ب - أداء العمليات العقلية العليا .
جـ - التركيز .
د - اتخاذ الحيطة والحذر .
هـ - استبصار العلاقة بين الأهداف والوسائل التي يمكن تحقيقها بمقتضاها.
و - العناية بالنفس.
ز - تكوين صداقات وعلاقات بين شخصية .
ح - العيش مستقلاً عن الآخرين .
ط - ممارسة أي عمل نافع .
ى - الاستفادة من برامج التدريب التي يتم تقديمها له ولأقرانه .
ك - الالتزام بالقيم والعادات والتقاليد التي يأتي بها الأطفال في نفس العمر الزمني والجماعة الثقافية .

وفي هذا السياق فنحن نرى أن هناك في واقع الأمر نقطة هامة للغاية تتعلق بالتشخيص وخاصة بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من الأنماط

الكروموزومية أو الجينية المختلفة للإعاقة العقلية كتلك الأنماط التي نعرض لها في هذا الفصل حيث ينبغي علينا أن نقوم بملاحظة عدة أمور أساسية، وأن نتأكد من وجودها، وأن نحددها بصورة دقيقة، وتتمثل تلك الأمور فيما يلي :

١- أن هناك فحوصاً واختبارات إكلينيكية خاصة بكل نمط من هذه الأنماط والتي عادة ما يتم إجراؤها على الأم الحامل كاختبارات تصفية يمكننا بموجبها ومن خلالها أن نعرف ما إذا كان الجنين سيصير بعد ولادته من ذوي هذه المتلازمة أو تلك أم لا . وقد عرضنا لتلك الاختبارات الخاصة بكل منها من قبل وذلك عند الحديث عن كل نمط من تلك الأنماط .

٢- أن لكل نمط من هذه الأنماط تكويناً جسمياً يميزه عن غيره من الأنماط الأخرى يكون واضحاً ومميزاً منذ الولادة، ويجعل بوسعنا بمجرد رؤية هذا التكوين أو ذاك أن نتعرف على الحالة بصورة صحيحة تماماً .

٣- أن هناك نمطاً سلوكياً كلياً يميز كلّ نمط من هذه الأنماط ، ويضم جوانب القوة النسبية المميزة، ونواحي القصور النسبية .

التدخل المبكر

يعد التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات العقلية والذي يحدث في الفترة من العام الأول وحتى السادس من عمر الطفل على درجة كبيرة من الأهمية حيث يعود بالفائدة على الطفل ويساعده دون شك في تحقيق قدر معقول من التواصل مع الآخرين المحيطين به، كما يساعده على التفاعل معهم . ويمكن أن نقوم بتصنيف برامج التدخل المبكر التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة إلى نمطين أساسيين يهتم أولهما بالجانب الوقائي في حين يهتم الثاني بالجانب الإنمائي وذلك على النحو التالي :

أ- برامج تهدف إلى الوقاية من الإعاقة العقلية .

ب- برامج تعمل في سبيل تنمية أولئك الأطفال الذين تم تصنيفهم بالفعل على أنهم معوقون عقلياً .

وبشكل عام فإن البرامج من النوع الأول يتم تقديمها لأولئك الأطفال الذين يعدون في خطر يعرضهم للإعاقة العقلية الفكرية البسيطة ، أما البرامج من النوع الثاني فيتم تقديمها للأطفال ذوي مستويات الإعاقة العقلية الفكرية الأكثر شدة . هذا ويجب أن نعمل بطبيعة الحال على تحقيق أهداف معينة خلال البرنامج بما يضمن اشتراك الطفل في العديد من الأنشطة المختلفة، من أهمها ما يلي :

١- التشخيص المبكر لهؤلاء الأطفال، والتعرف عليهم، وتحديدهم من خلال تقييم شامل لهم.
٢- تزويد الأسرة بما يجب أن تقدمه للطفل، ومساعدتها في تنفيذ خطة معينة في هذا الصدد، والاشتراك معها في تحديد الأنشطة المناسبة .
٣- إعداد المعلمين المؤهلين للتعامل مع هؤلاء الأطفال ومساعدتهم على تحقيق معدل معقول من النمو .
٤- تحقيق التكامل بين الأسرة والمدرسة أو المعلم في هذا الإطار، والسير معاً وفقاً لخطة محددة في سبيل تحقيق مصلحة الطفل .

وإذا كانت برامج التدخل المبكر تتنوع بصورة عامة لتشمل تلك البرامج التي تتركز حول الطفل، والبرامج التي تتركز حول الأسرة، وبرامج التدخل المجتمعية فإن البرامج التي أشرنا إليها سلفاً تندرج تحت النوع الأول من هذه البرامج سواء تم تقديمها في المركز أو المنزل، وإن كان جانباً منها يخضع للنوع الثاني. كذلك فإن التدخل المبكر يتطلب أن يتم إجراء تقييم شامل للطفل يتم من خلاله التعرف على اهتماماته، وما يميل إليه، ويفضله، كما يتم أيضاً التعرف على قدراته العقلية، وقدرته على التواصل، وتقييم الوسائل التعليمية المستخدمة، وتحديد الحاجات المختلفة للطفل . ويتم بناء على ذلك تحديد استراتيجيات التعلم المناسبة، وتحديد الخطة التربوية الفردية لكل طفل، واستراتيجيات التواصل، والأنشطة والألعاب اللازمة للتفاعل . كذلك فإن التدخل المبكر يتضمن مجموعة من الإجراءات الهادفة التي تعمل على الحد من الآثار السلبية للإعاقة فلا تتحول بالتالي إلى عجز دائم، كما تعمل على توفير الرعاية المطلوبة، والخدمات العلاجية اللازمة التي تساعد الطفل على النمو والتعلم حال استفادته منها . وحتى تأتي مثل هذه العملية بثمارها المرجوة ينبغي أن تتضمن عدداً من العناصر كما يلي :

١- أن تبدأ بعملية تقييم للأسرة والظروف الأسرية المختلفة .
٢- دراسة الخصائص المختلفة للبيئة الأسرية للطفل وما يمكن أن تتيحه من فرص متنوعة للنمو أمامه .
٣- التعرف على العلاقات والتفاعلات الاجتماعية بين الطفل ووالديه .
٤- دراسة الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأسرة وما يمكن أن يكون له من انعكاسات على تعلمه، وما يسهم به في ذلك .
٥- التعرف على المستوى التعليمي والثقافي للأسرة .
٦- التعرف على تلك الضغوط المختلفة التي تنجم في الواقع عن الإعاقة، والعمل على تحديدها والتعامل معها .
٧- التعرف على ردود أفعال الأسرة تجاه مثل هذه الضغوط .
٨- تحديد مستوى الكفاءة الوالدية في التعامل مع مختلف الضغوط التي تواجههم، ومن بينها الضغوط الناتجة عن الإعاقة .

وينبغي أن تركز برامج التدخل المبكر *early intervention programs* التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال على تنمية وتطوير مهاراتهم المختلفة وفي مقدمتها المهارات الاجتماعية *social skills* على سبيل المثال، ومهارات الحياة اليومية كي تساعدهم على التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم، وعلى أن يأتوا بالسلوكيات الاستقلالية . وبذلك نلاحظ أن برامج التدخل المبكر التي تكون موجهة نحو الطفل إنما تهدف إلى تحقيق أحد هدفين يتمثل أولهما في التواصل، في حين يتمثل الثاني في التعلم . أما البرامج الأخرى التي تكون موجهة نحو الوالدين والأسرة فتهدف إلى تعليم الوالدين وأعضاء الأسرة كيفية التغلب على تلك الصعاب والمشاكل التي يمكن أن تحول دون تحقيق أطفالهم للتواصل أو التعلم، وهو الأمر الذي تنطوي عليه البرامج المجتمعية أيضاً، ولكن يزاد عليه في تلك الحالة العمل على دمج هؤلاء الأطفال مع غيرهم سواء من المعوقين أو غير المعوقين . ويمكن أن نعرض لمثل هذه البرامج على النحو التالي :

(١) البرامج الوقائية في الطفولة المبكرة :

ترتبط برامج التدخل المبكر من هذا النوع والتي يتم تقديمها للرضع والأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة الذين يعتبرون في خطر يعرضهم للإعاقة بتناول الظروف البيئية التي يمكن أن تؤدي إليها، ولذلك فإن أسرهم تشترك معهم في تلك

البرامج أيضاً . ويتم في الغالب تقديم هذه البرامج للأطفال الذين ينحدرون من بيئات منخفضة الدخل مما يجعلهم معرضين للعديد من النتائج السلبية من بينها الإعاقة الفكرية وهو الأمر الذي يمكن أن يحد من حدوثه . وكثيراً ما يتم تحديد المشاركين في البرنامج قبل مولدهم وذلك ممن يعيش آباؤهم في بيئات فقيرة . وتتضمن مثل هذه البرامج خبرات تعمل على تعزيز النمو الحركي، والعقلي، واللغوي، والاجتماعي لهؤلاء الأطفال، كما تتلقى أسرهم عدداً من الخدمات الاجتماعية والطبية .

(٢) البرامج الإنمائية في الطفولة المبكرة :

وعلى العكس من تلك البرامج التي يتم تقديمها للأطفال المعرضين للخطر في مرحلة ما قبل المدرسة والتي يتمثل الهدف منها في الوقاية من الإعاقة الفكرية حتى لا يحدث للطفل فإن تلك البرامج التي يتم تقديمها للرضع والأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة الذين يتم تحديدهم على أنهم معوقون عقلياً وخاصة أولئك الأطفال الذين يعانون من المتلازمات الجينية المختلفة إنما تهدف في الواقع إلى مساعدتهم على تحقيق مستوى معرفي مرتفع بقدر الإمكان. وتؤكد مثل هذه البرامج بشدة على النمو اللغوي والنمو الإدراكي لهؤلاء الأطفال، والعمل على تحقيق قدر معقول من التقدم والتطور فيهما . ونظراً لأن أولئك الأطفال غالباً ما يعانون من إعاقات متعددة فإن هناك متخصصين آخرين يمكن اللجوء إليهم والاستفادة منهم في هذا المضمار حيث يكون بإمكانهم أن يقدموا العديد من الخدمات ذات الأهمية كأخصائيي اللغة والتخاطب، والأخصائيين الرياضيين وذلك من خلال المشاركة من جانبهم في تلك البرامج التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال. وإلى جانب ذلك فإن العديد من البرامج الجيدة تتضمن دون شك فرصاً عديدة للمشاركة الوالدية حيث يمكن للوالدين من خلال مشاركتهما في تلك البرامج مع أطفالهما وما يؤديانه خلالها من ممارسات مختلفة معهم أن يقوما بتعزيز بعض المهارات التي يحاول المعلمون إكسابها لهم إذ أنه عادة ما يتم تقديم الإرشاد الأسري اللازم لهؤلاء الآباء الذي يركز في الغالب على إشراكهم في برامج تعليم وتدريب أطفالهم وذلك بمساعدتهم على تعلم كيفية القيام بذلك وهو الأمر الذي يجعل بإمكانهم أن يقوموا

باستكمال تدريب أطفالهم هؤلاء في المنزل وذلك من خلال تطبيق ما تم تدريبهم عليه أثناء البرنامج الإرشادي في المنزل. وفضلاً عن ذلك فإنه يمكننا أن نلجأ إلى استخدام المثيرات البصرية المختلفة سواء تلك التي تعتمد على الصور الثابتة أو مثيلاتها التي تعتمد على الصور المتحركة .

ويعتقد معظم المختصين في الوقت الراهن أنه كلما تم اكتشاف الإعاقة في وقت مبكر من حياة الفرد، وكلما بدأنا في استخدام برنامج تربوي أو علاجي معين آنذاك كانت النتائج أفضل بالنسبة للطفل . وفي واقع الأمر فإننا نلاحظ أن هناك ثلاث نقاط جدلية هامة تميز التدخل المبكر كما يشير كايزر (٢٠٠٠) Kaiser يمكن أن نعرض لها كما يلي :

١- أن التعلم المبكر من جانب الطفل يوفر الأساس للتعلم التالي أو اللاحق من جانبه، وبالتالي كلما أسرعنا باستخدام برنامج خاص للتدخل كان من الأكثر احتمالاً أن يستمر الطفل في تعلم مهارات أكثر تعقيداً .
٢- من المحتمل أن يعمل التدخل المبكر على توفير الدعم اللازم للطفل والأسرة وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يساعد في منع الطفل من تطوير مشكلات أو إعاقات إضافية .
٣- يمكن للتدخل المبكر أن يساعد الأسرة على التكيف لوجود طفل معوق لها حيث يوفر للوالدين تلك المهارات التي يحتاجان إليها للتعامل مع طفلهما بشكل فعال في المنزل، كما أنه يساعد الأسرة أيضاً على إيجاد وتوفير تلك الخدمات التي ترتبط بالدعم الإضافي والتي قد يحتاجون إليها مثل الإرشاد، أو المساعدة الطبية، أو المالية .

ومن الجدير بالذكر أن أولئك الأطفال الذين تتم إعاقتهم في سن مبكر جداً من حياتهم يميلون إلى أن يكونوا هم الذين يعانون من متلازمات مرضية معينة مثل متلازمة أعراض داون *Down`s syndrome* على سبيل المثال أو غيرها من المتلازمات المرضية الأخرى كتلك التي عرضنا لها، أو من الإعاقات الجسمية الواضحة . ومن جانب آخر فإن الكثير من هؤلاء الأطفال تكون لديهم إعاقات شديدة أو متعددة . وقد يتم تصنيف أولئك الأطفال ذوي الإعاقات حتى أثناء وجودهم بصفوف المرحلة الابتدائية تحت الاسم العام (التأخر النمائي) *developmental delay* وذلك بدلاً من تشخيصهم على أنهم يعانون من إعاقة

معينة أكثر تحديداً كالإعاقة العقلية الفكرية أو غيرها على سبيل المثال. وفي واقع الأمر فإننا نلاحظ أنه قد لا يمكننا أن نقوم بإشباع تلك الحاجات التي يتطلبها الطفل من خلال هيئة واحدة فقط أو أسلوب واحد للتدخل . ومن هذا المنطلق ينبغي أن يعمل العديد من المتخصصين معاً بصورة جماعية حميمة حتى يتم تقديم الخدمة اللازمة للطفل بصورة فعالة . وإذا ما تم تحديد تلك الإعاقة التي يعاني الطفل منها في وقت مبكر من حياته، وتم تحديد أسلوب التدخل الملائم له عن طريق جديع الأخصائيين الذين يمكن أن تتطلبهم حالته أي الذين يعدون ضروريين لتلك الحالة فإنه غالباً ما يتم حينئذ تحسين مستوى تعلم الطفل ونموه .

ومن ناحية أخرى فإن الحالة التي يبدو الطفل عليها قد تتطلب في واقع الأمر أن تتاح له مجموعة من خدمات التدخل المبكر المختلفة التي ترتبط بالتربية الخاصة أو تعد ذات علاقة بها، والتي لا تختلف في واقعها عن غيرها من الخدمات المختلفة ذات العلاقة إلا في جانب واحد يتمثل في كونها تتلاءم مع طبيعة التدخل المبكر واحتياجات الطفل خلال تلك المرحلة . وقد يتضمن ذلك العديد من الخدمات من أهمها العلاج الطبيعي، وعلاج اضطرابات اللغة والتخاطب، وخدمات التشخيص الطبي ، والعلاج الوظيفي .

وعلاوة على ذلك فإن الأمر قد يتطلب في الواقع تطوير خطة فردية لتقديم الخدمات للأسرة *Individualized Family Service Plan IFSP* تعد شبيهة ببرنامج التعليم الفردي أو خطة التعليم الفردية *IEP* التي يتم تقديمها للأطفال الأكبر سناً، ولكنها توسع من بؤرة اهتمامها لتشمل الأسرة إضافة إلى الطفل. وفي واقع الأمر فإنه ينبغي أن يتم تضمين الأسرة في تطوير الخطة الفردية لتقديم الخدمات الأسرية . وإلى جانب هذا الشرط فإن هناك متطلبات أخرى لتلك الخطة تتمثل فيما يلي :

١ - تحديد المستوى الحالي للأداء الوظيفي للطفل في كل مما يلي :

- النمو العقلي المعرفي .
- النمو الجسمي .
- النمو اللغوي .
- النمو النفس اجتماعي .
- مساعدة الذات .

٢- تحديد تلك المصادر التي يمكن أن تستعين الأسرة بها، وأولوياتها، واهتماماتها فيما يتعلق
بنمو الطفل .

٣- تحديد النتائج الأساسية المتوقعة بالنسبة لكل من الطفل والأسرة والتي تضم كل من المحكات، والإجراءات، وتوقيتات قياس التطور أو التحسن .

٤- تحديد تلك الخدمات الخاصة المرتبطة بالتدخل المبكر والتي تعد ضرورية في سبيل إشباع حاجات الطفل والأسرة على أن يتضمن ذلك كل من التكرار، والحدة، والمكان، وأسلوب التقديم .

٥- المواعيد المحددة لبداية ونهاية تقديم الخدمات .

٦- تحديد اسم المسئول عن الحالة .

٧- تحديد تلك الخطوات المطلوبة لحدوث انتقال سلس من برنامج التدخل المبكر إلى برنامج ما قبل المدرسة الذي يتم تقديمه للطفل .

*   *   *

مراجـــع الفصل الثاني

دانيال هالاهان، وجيمس كوفمان (2008) . **سيكلوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم : مقدمة في التربية الخاصة** (ترجمة عادل عبدالله محمد) . عمان : دار الفكر للنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور 2007) .

عـادل عبدالله محمد (2004- أ). الإعاقات العقلية . **القاهرة : دار الرشاد .**

عـادل عبـدالله محمـد (٢٠٠٤- ب). الإعاقـات العقليـة : الأنمـاط ، التـشخيص، التـدخل المبكـر. **المؤتمر العربي الثاني للجمعية النسائية بجامعة أسيوط** 14- 15/ 12 .

American Psychiatric Association. (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). DSM-IV, Washington, DC: author.

American Psychiatric Association. (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). DSM-IV-TR, Washington, DC: author.

Beirne – Smith, M., Ittenbach, R.,& Patton, I. (1998). *Mental Retardation* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Brooks, D. (2002). *Williams syndrome*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Medical Center.

Cassidy, S.,& Schwartz, S. (2004). *Prader- Willi syndrome*. Seattle: University of Washington.

Dykens, E., Hodapp, R.,& Finucane, B. (2000). *Genetics and mental retardation syndrome: A new look at behavior and interventions.* Baltimore, MD: Paul H. Brooks.

Finegan, J. (1998). Study of behavior phenotypes: Goals and methodological considerations. *American Journal of Medical Genetics*, 81, 148- 155.

Hagerman, R. (2001). Fragile X syndrome. In S. Cassidy & J. Allanson (Eds.). *Management of genetic syndromes* (pp. 165- 183). New York: Wiley- Liss.

Hallahan, D.,& Kauffman, J. (2007). *Exceptional learners: Introduction to special education* (10th ed.). New York : Allyn &Bacon.

Hodapp, R.,& Fidler, D. (1999). Special education and genetics: Connections for the 21st century. *Journal of Special Education*, 33, 130- 137.

Hof, P., Bouras, C., Perl, D., Sparks, L., Mehta, N.,& Morrison, J. (1995). Age- related distribution of neuropathologic changes in the cerebral cortex of patients with Down`s syndrome. *Archives of Neurology*, 52, 379- 391.

Hunter, A. (2001). Down syndrome. In S. Cassidy& J. Allanson (Eds.). *Management of genetic syndromes* (pp. 103- 129). New York: Wiley- Liss.

Kaiser, A. (Ed.) (2000). Special issue: Assessing and addressing Problems in children enrolled in Head Start. *Behavioral Disorders*, 26 (1), 87- 98 .

Kessling, A.,& Sawtell, M. (2002). *The genetics of Down's syndrome*. London: Oxford University Press.

Moldavsky , M., Lev, D.,& Lerman- Sagie, T. (2001). Behavioral phenotypes of genetic syndromes: A reference guide for Psychiatrists. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 749- 761.

National Alliance for Autism Research NAAR. (2003). *NAAR autism poll show Americans want more action on autism.* Washington, DC: NAAR, Jan. 21.

Pinel , P. (2000). *Biopsychology* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Saul, R.,& Tarleton, J. (2004). *Fragile X Syndrome*. Seattle: University of Washington.

Rutter, S. (2002). *Down's syndrome*. London: Souvenir Press.

Slomka, G.,& Berkley, J. (1997). Aging and mental retardation. In P.D. Nussbaum (Ed.). *Handbook of Neuropsychology and aging* (pp.331- 347). New York: Plenum Press.

Turner, G., Webb, T., Wake, S.,& Robinson, H. (1996). Prevalence of fragile X syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 64, 196- 197.

Visser, F., Aldenkamp, A., vanHuffelen, A., Kuilman , M., Overweg, J.,& vanWijk, J. (1997). Prospective study of the prevalence of Alzheimer- type dementia in institutionalized individuals with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 400- 412.

Wisniewski , H., Silverman, L.,& Wegiel, J. (1994). Aging, Alzheimer disease, and mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 38, 233- 239.

* * *

القضية الثالثة

الدمج الشامل للأطفال ذوي
الإعاقات في التعليم العام :
المتطلبات والشروط اللازمة لنجاحه

مقدمة

شهد عقدا الثمانينيات والتسعينيات من القرن الماضي تغيرات عديدة وجذرية في تعليم الأفراد ذوي الإعاقات . كما أن التفكير الراهن يدل أيضاً على أن هذا المجال قد أضحى ممهداً لحدوث المزيد من التغيرات وذلك منذ بدايات القرن الحادي والعشرين. ويتمثل أحد الأمور والاتجاهات الهامة والأساسية بالنسبة للقرن الجديد في التحرك باتجاه الدمج الشامل للأطفال ذوي الإعاقات مع أقرانهم غير المعوقين في مدارس التعليم العام حيث أن ذلك من وجهة نظر العديد من المختصين يعتبر هو الأساس الحقيقي لدمجهم في المجتمع الأكبر فيما بعد إذ أنه سوف يكون من الصعب دمجهم دون ذلك . ويعد دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم غير المعوقين منذ مرحلة الروضة في واقع الأمر هو الأساس لدمجهم في المجتمع فيما بعد .

وقد شهد الواقع في مصر محاولة سابقة إلى الدمج تمثلت في الدمج الجزئي بين الطرفين وذلك خلال حصص النشاط . وبشكل عام فإنها كمحاولة لم يكتب لها النجاح، وانتهت إلى ما يعرف بالفصول الملحقة . وربما يرجع ذلك إلى عدم التخطيط الجيد لها حتى يكتب لها النجاح . ومرة أخرى عادت آراء جديدة تنادي بقوة بضرورة اللجوء إلى الدمج الشامل لهؤلاء الأطفال في مدارس التعليم العام، ونحن نرى أننا بذلك قد أصبحنا أمام مشكلة عويصة وخطيرة لعدم توفير تلك المتطلبات اللازمة لنجاح مثل هذه التجربة، وإلا فسوف تكون النتيجة أسوأ مما وصلنا إليه بخصوص الدمج الجزئي حيث لابد من توفير العديد من المتطلبات اللازمة لنجاح مثل هذه التجربة فضلاً عن تهيئة المجتمع بأسره لتقبلها والإسهام في نجاحها .

وفي هذا الإطار تلعب وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة دوراً هاماً وحيوياً في سبيل تقديم كافة المعلومات اللازمة لأفراد المجتمع فيما يتعلق بموضوع الإعاقة والمعوقين، وأهمية دمجهم في التعليم والمجتمع بمؤسساته

المختلفة . وعلى ذلك ينبغي على القائمين عليها أن يعملوا على تقديم تلك المواد الإعلامية التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى تحسين صورة الأفراد المعوقين في وسائل الإعلام، وتقديم نماذج خاصة بهم لا تقوم على التمييز حيث أن الاتجاهات السلبية لأفراد المجتمع نحو الإعاقة والمعوقين إنما تتكون في الواقع عن عدم فهمهم لطبيعة الإعاقة ولقدرات المعوقين إذ تتكون مثل هذه الاتجاهات من المعلومات التي يستقبلونها عنهم وهي المعلومات التي غالباً ما تكون ناقصة أو مشوهة وغير حقيقية . وتعتبر مثل هذه الاتجاهات السلبية نحو المعوقين من أهم الموانع أو العوائق الاجتماعية التي عادة ما يكون من شأنها أن تحول دون دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في الحياة الاجتماعية بصفة عامة .

وهناك اعتقاد لدى الكثيرين بأن الأفراد المعوقين يختلفون في واقع الأمر بصورة سلبية عن أقرانهم غير المعوقين وذلك في العديد من الخصائص المختلفة للشخصية وهي النظرة السلبية التي يعززها الكثير من البرامج التي تقدمها وسائل الإعلام في وقتنا الراهن، والتي يتضمنها اتجاههم السلبي نحوهم فلا يتوقعون منهم على سبيل المثال الكثير مما يدفعهم إلى تقليل الفرص المختلفة أمامهم، وحرمانهم من الخبرات المناسبة التي تؤهلهم لممارسة أنشطة الحياة العادية بصورة مستقلة، أو حتى المشاركة فيها . وقد ترجع مثل هذه الاتجاهات السلبية بطبيعة الحال إلى نقص معلوماتهم عن أفراد هذه الفئة فلا تتضمن سوى عجزهم وقصورهم فقط دون جوانب قوتهم أو موهبتهم في بعض الأحيان . إلا أننا نجد أن وسائل الإعلام عادة ما يكون من شأنها أن تلعب دوراً حيوياً في هذا الصدد حيث يمكنها أن تتبنى اتجاهاً عاماً يتمثل في النظر إلى الأفراد المعوقين في الأساس على أنهم غير معوقين وهو الأمر الذي يتم في الغالب عن طريق عدم الاكتفاء بالنظر إلى وضعهم من المنظور الطبي فقط ، بل ينبغي النظر أيضاً إلى استخدام الأساليب التكنولوجية الحديثة في ذلك المجال حيث أن وسائل الإعلام بانتشارها الواسع في المجتمع، وتأثيرها الكبير على أفراده إنما تقوم في واقع الأمر بدور كبير ومهم في إكساب أفراد المجتمع الاتجاهات المختلفة عن طريق الإيحاء، وإكسابهم المعلومات اللازمة، وتعديل اتجاهاتهم السلبية وهو ما يجعلها تتحمل بذلك مسئولية كبيرة في تزويدهم بالمعلومات الصحيحة عن قدرات وإمكانات مثل هؤلاء الأفراد المعوقين

حتى يمكن تعديل اتجاهاتهم السلبية نحوهم مما يكون من شأنه أن يسهم في دمجهم في الحياة الاجتماعية بعد ذلك .

التعريف التربوي للأطفال ذوي الإعاقات

يعرف الأطفال المعوقون كما يرى هالاهان وكوفمان (٢٠٠٧) Hallahan& Kauffman بأنهم أولئك الأطفال الذين يحتاجون إلى نمط معين من التربية الخاصة، وما يرتبط به من خدمات مختلفة إذا ما أرادوا أن يستغلوا ما تبقى لديهم من إمكانات أو طاقات كامنة . ومن الواضح أن حاجتهم إلى التربية الخاصة إنما ترجع في الأساس إلى اختلافهم الظاهر في واقع الأمر عن معظم الأطفال نظراً لانطباق واحد أو أكثر من المحكات التالية عليهم : الإعاقة الفكرية- صعوبات التعلم- اضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط- الاضطرابات الانفعالية- الاضطرابات السلوكية- الإعاقات الجسمية- اضطرابات التواصل- اضطراب التوحد- الإصابات الناتجة عن صدمات الدماغ- الإعاقة السمعية- الإعاقة البصرية- المواهب الخاصة- الجمع بين أي اثنين من هذه المحكات .

ومن الناحية التربوية هناك مفهومان هامان يتعلقان بالتعريف التربوي لهؤلاء الأطفال هما تعدد الخصائص، والحاجة إلى التربية الخاصة . وفي حين يرتبط المفهوم الأول منهما بمفهوم الاستثناء أو غير العادية *exceptionality* يرتبط الثاني وهو حاجتهم للتربية الخاصة بالمفهوم التربوي لهم . وفضلاً عن ذلك فإن التربية الخاصة تعني ذلك النوع من التعليم الذي يتم تصميمه خصيصاً لإشباع تلك الحاجات غير العادية لطفل يعرف بأنه معوق أو لديه استثناء معين فردي أو مزدوج . وقد يتطلب ذلك اللجوء إلى مواد *materials* خاصة، أو استراتيجيات تدريس معينة، أو أجهزة وخدمات معينة أيضاً، واستغلال ذلك بالشكل اللازم . فعلى سبيل المثال قد يحتاج الأطفال المعوقون بصرياً إلى مواد للقراءة تتم كتابتها بخط كبير، أو بطريقة برايل، وقد يحتاج الأطفال المعوقون سمعياً إلى سماعات للأذن، أو إلى تعلم لغة الإشارة، أما الأطفال المعوقون جسمياً فقد يحتاجون أجهزة خاصة في حين قد يحتاج الأطفال المضطربون سلوكياً أو انفعالياً إلى فصول أصغر وأكثر تنظيماً . أما الأطفال الموهوبون على الجانب الآخر فقد يحتاجون إلى

العمل مع متخصصين أو مؤهلين لذلك . ومن هذا المنطلق فإن الخدمات المرتبطة بالتربية الخاصة، ووسائل النقل الخاصة، والتقييم النفسي، والعلاج الوظيفي، والعلاج الجسمي أو البدني، والعلاج الطبي، والإرشاد تعد ضرورية وذات أهمية قصوى في هذا الصدد . ولكي تصبح التربية الخاصة أكثر فاعلية فإن الهدف الوحيد والأكثر أهمية بالنسبة لها ينبغي أن يتمثل في الكشف عن جوانب القوة لدى أولئك الأطفال المعوقين والتركيز عليها حتى يتسنى لنا أن نسهم في دمجهم في المجتمع الأكبر مما يعمل على تحويلهم إلى قوة غير معطلة، بل ويكون من شأنه أن يحولهم إلى قوة منتجة مما يكون من شأنه أن يسهم في تحقيق الاستثمار البشري وهو الأمر الذي يعكس صورة هامة للتنمية البشرية .

الاهتمام بتعليم الأطفال ذوي الإعاقات وتنميتهم

نص الدستور على حق كل طفل في تلقي التعليم دون فرق بين الأطفال جميعاً في ذلك مما أدى إلى إنشاء مدارس التربية الخاصة، وإن كانت تلك المدارس بوضعها الراهن لا تكفي طموحنا . وإذا كان التعليم يؤهل الفرد عامة والطفل المعوق على وجه الخصوص للانخراط في المجتمع وهو ما يعتبر أمراً أساسياً للتنمية البشرية في هذا المجتمع أو ذاك فإن تعليم الطفل المعوق مع أقرانه غير المعوقين يساعده كثيراً على تحقيق هذا الغرض، ومن ثم يصبح له الحق في ذلك . ويعرف هذا الأمر في الواقع بالدمج، ويعني الدمج تعليم الأطفال المعوقين جنباً إلى جنب مع أقرانهم غير المعوقين. ويعد الدمج الشامل أي بقاء الطفل المعوق مع قرينه غير المعوق بالمدرسة طوال الوقت من أهم سياسات التنمية البشرية في مجال ذوي الاحتياجات الخاصة حيث يتم من خلاله إعداد وتأهيل الأطفال المعوقين للانخراط في المجتمع، والاستفادة مما يكون قد تبقى لديهم من قدرات وإمكانات، وتوظيفها بالشكل الأمثل في هذا الإطار .

وقد بدأ هذا الاتجاه في أوربا والولايات المتحدة الأمريكية بدمجهم في المجتمع الأكبر في الستينيات من القرن الماضي، واستمر بشكل قوى وذلك بدرجة تفوق ما هو عليه الآن. أما في مصر وبعض البلاد العربية فإن هذا الأمر قد يوجد تلقائياً وعشوائياً في حياتنا حيث يشهد الواقع قدراً من انخراط هؤلاء الأطفال في المجتمع

دون إعداد لذلك أو تخطيط . وفي واقع الأمر فإن السياسات المختلفة للتنمية البشرية ينبغي أن تهتم في الأساس بتنمية كل قطاعات المجتمع دون تمييز حتى لا تكون هناك فئة معينة من أفراد المجتمع مهملة أو مهمشة، أو يعيش أفرادها عالة على غيرهم، أو يعيقوا قيام غيرهم بالدور المناط بهم في المجتمع. ويعتبر قطاع ذوي الاحتياجات الخاصة في الواقع من أهم القطاعات التي تعد في حاجة ماسة إلى نيل الاهتمام، وتعليم أعضائه، وتأهيلهم حتى يتسنى لهم الانخراط في المجتمع،والاستفادة من التربية الخاصة، وما يرتبط بها من خدمات.

ونحن لا ننكر أن نجاح مثل هذا الأمر إنما يتوقف بدرجة كبيرة على توعية أفراد المجتمع بأهميته وهو الدور الذي يمكن أن تؤديه وسائل الإعلام بشكل متميز وذلك من خلال تشكيل وجدان الأفراد غير المعوقين، والإسهام في تكوين اتجاهات إيجابية من جانبهم نحو أقرانهم المعوقين، وتعديل الاتجاهات السلبية منها حيث من المعلوم أن الاتجاهات السلبية نحو المعوقين تؤدي إلى رفض أفراد المجتمع لهؤلاء الأشخاص أو التقليل من شأنهم مما يحول دون دمجهم في الحياة الاجتماعية، أما الاتجاهات الإيجابية نحوهم فتدفعهم عادة إلى التحرك نحوهم، وتقبلهم، والتفاعل معهم، وتقديم المساعدات اللازمة لهم، وبالتالي دمجهم معهم في المجتمع .

الجذور الفلسفية والتاريخية للدمج

هناك العديد من الأمور التي تتعلق بمثل هذا الموضوع كما يشير هالاهان وكوفمان (٢٠٠٧) Hallahan& Kauffman وهي الأمور التي عادة ما يكون من شأنها أن تؤثر بشكل مباشر على معلمي التعليم العام خاصة . وفي هذا الإطار نلاحظ أن الجدل الدائر يتضمن العديد من المناقشات، والشد، والجذب حول مدى وجود متصل من الخيارات المتعلقة بالتسكين، والآراء المؤيدة للدمج الشامل إلى جانب تلك الآراء التي ترفضه فضلاً عن ذلك الجدل الذي يتعلق بتنفيذ هذا الضم أو الاحتواء الكامل بما له وما عليه أي أن الأفراد الذين يقومون بتناول مثل هذا الموضوع يعملون على إيضاح ما له من مزايا حتى يمكن تطويرها والاهتمام بها، وما به من عيوب حتى يمكن تجنبها أو الإقلال من تأثيرها السيئ .

ومما لا شك فيه أن التربية الخاصة قد تعرضت إلى تغيرات عديدة على مدى تاريخها، ويبدو أن هذا المجال سوف يشهد تغيرات أخرى عديدة . ولا يخفى علينا

أن هناك ستة اتجاهات أساسية، وأموراً أو موضوعات ذات أهمية بالغة يشهدها هذا المجال هى :

١- الضم أو الاحتواء (الدمج).
٢- استخدام التكنولوجيا الحديثة .
٣- المشاركة في تقييم مدى التطور الحادث .
٤- التدخل المبكر.
٥- الانتقال إلى مرحلة الرشد .
٦- فرض النظام على هؤلاء الأفراد .

هذا وقد بدأ الاتجاه الأول والخاص بضم أو احتواء أي دمج الأفراد ذوي الإعاقات في المجتمع الأكبر منذ الستينيات من القرن الماضي، واستمر بعدها، وأصبح أقوى مما كان عليه من قبل. ومن الواضح أن جذور الدمج تعود من الناحية الفلسفية والتاريخية إلى عدد من الأمور ذات الأهمية التي شهدها هذا المجال والتي تمثل بدورها مبادئ هامة فيه . ومما لا شك فيه أن مسألة الدمج بالنسبة للأفراد المعوقين قد أثارت العديد من الأمور الجدلية في هذا الصدد . ومن هنا فإننا نجد أن هناك بعض الأفكار والمفاهيم مثل التطبيع أو العادية والسواء *normalization* والإخراج من المؤسسات *deinstitutionalization* وتحديد الذات *self- determination* والضم أو الاحتواء *inclusion* التي يرى البعض أنها نالت حظها الكافي من الدراسة والتطبيق للآن في حين يرى آخرون أنها قد وصلت إلى حدود ربما تكون غير مفيدة مطلقاً، بل وتحمل في طياتها المزيد من الضرر. ويأتي القدر الأكبر من الإطار الفلسفي الذي يستند إليه هذا الاتجاه من مبدأ العادية أو السواء *normalization* والذي يقضي بأن كلاً من الوسائل والغايات التي ترتبط بتعليم الأفراد ذوي الإعاقات يجب أن تكون عادية بقدر المستطاع . ويمثل هذا المبدأ في الواقع مبدأ أساسياً يكمن خلف ذلك الاتجاه الذي يدعو إلى دمج الأفراد المعوقين في المجتمع الأكبر وهو ذلك المبدأ الذي تم اعتناقه ومناصرته في الدول الاسكندنافية *Scandinavia* وذلك قبل انتشاره في الولايات المتحدة الأمريكية والعمل به فيها . ويعتبر التطبيع أو العادية بمثابة مبدأ أو معتقد فلسفي بأننا يجب أن نستخدم وسائل معينة تعد معيارية أو عادية من

الناحية الثقافية بقدر الإمكان وذلك في سبيل إكساب الأفراد المعوقين سلوكيات وخصائص شخصية توصف بأنها عادية، والإبقاء عليها بقدر المستطاع . وهذا يعني أنه في ظل مبدأ التطبيع أو العادية يجب أن تكون كل من الوسائل والغايات التربوية للأطفال ذوي الإعاقات أكثر شبهاً بتلك التي يتم استخدامها مع الأطفال غير المعوقين. وفيما يتعلق بالوسائل على سبيل المثال فإننا يجب أن نقوم بوضع الأطفال المعوقين في مواقف تربوية شبيهة بتلك التي يوضع فيها أقرانهم غير المعوقين وذلك بقدر الإمكان. كما أننا يجب أن نستخدم اتجاهات أو أساليب علاجية أكثر شبهاً بتلك التي نستخدمها مع باقي الأطفال. أما بالنسبة للغايات فإننا يجب أن نعمل جاهدين على جعل أولئك الأفراد ذوي الإعاقات جزءاً لا يتجزأ من نسيج المجتمع الأكبر. ومع ذلك يدور جدل كبير حول إمكانية تطبيق هذا المبدأ حيث لا يزال هناك اختلاف حول ما إذا كان ذلك يعني إلغاء برامج الإقامة الداخلية والفصول الخاصة أم لا. وإلى جانب ذلك فإن أعضاء بعض الجماعات كالصم على سبيل المثال يتساءلون حول ما إذا كان مثل هذا المبدأ يعني الضم أو الاحتواء بالنسبة لهم أم لا. كما أن البعض الآخر من تلك الفئات تحذر من أن الاستخدام المفرط للتكنولوجيا قد يكون في الواقع ضد مفهوم العادية أو السواء ولن يعمل على تحقيقه .

ومن هذا المنطلق فإن هذا المجال قد شهد في واقع الأمر إلى جانب ذلك حدوث ثلاث حركات هامة في سبيل تحقيق درجة أكبر من الضم أو الاحتواء (الدمج) لأولئك الأفراد ذوي الإعاقات هى :

١- الإخراج من المؤسسات .

٢- تحديد الذات .

٣- الضم أو الاحتواء الكلي (الدمج الشامل) .

فبدءاً من ستينيات القرن الماضي كان الإخراج من المؤسسات اتجاهاً يعمل على جعل الأفراد ذوي الإعاقات على درجة أكبر من الاحتكاك الوثيق بالمنزل والمجتمع. وقد رفض البعض مبدأ الإخراج من المؤسسة حيث لم يستفد منه بعض الأفراد ذوي الإعاقات، وارتفع معدل الوفيات بينهم قياساً بأقرانهم الذين كانوا لا يزالون في المؤسسات الخاصة بهم . أما تحديد الذات فيقوم على فلسفة أن الأفراد

ذوي الإعاقات يجب أن يشاركوا في اتخاذ القرارات الخاصة بهم . ويرى المؤيدون للضم أو الاحتواء الكامل أنه لا يجب أن تكون هناك فصول منعزلة أو تخص التربية الخاصة فقط ، وأن الأفراد ذوي الإعاقات يجب أنم يذهبوا إلى المدارس التي تقع في محال إقامتهم، وأن التعليم العام يجب أن يتحمل مسئولية تعليم جميع الأطفال على السواء . ومع ذلك اعتقد آخرون في ذات الوقت أنه على الرغم من ضرورة تطبيق الدمج على مستوى أكبر مما هو عليه في الواقع فإننا لا نزال في حاجة إلى وجود متصل للتسكين يضم المدارس الداخلية الخاصة بهؤلاء الطلاب، ومدارس التربية الخاصة التي لا توفر الإقامة، والفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية، وغرف المصادر، *resource rooms* وفصول التعليم العام وهو الأمر الذي يتيح الفرصة أمام الأسرة كي تختار من بين مثل هذه البدائل التي يتم إتاحتها أمامها لهذا الغرض وذلك بما يناسب الطفل ويسهم في تحقيق أكبر عائد له .

ومن الجدير بالذكر أن الضم أو الاحتواء الكامل (الدمج الشامل) يقوم في الواقع على أربعة مقدمات هى :

١- أن إضفاء نعت معين على هؤلاء الأفراد يعد أمراً خطيراً.
٢- عدم فعالية برامج الانسحاب المؤقت في مجال التربية الخاصة .
٣- النظر إلى الأفراد ذوي الإعاقات على أنهم أقلية .
٤- أولوية المنظور الأخلاقي على النزعة الإمبيريقية، أي أن الأخلاقيات *ethics* تعد أكثر أهمية من الأدلة الإمبيريقية المختلفة .

وقد نبع عدم الموافقة على إضفاء نعت معين على هؤلاء الأفراد من الخوف من أن يعمل مثل هذا النعت على وصمهم وجعلهم يشعرون بعدم الجدوى أو عدم القيمة. ومع ذلك فلم تكن نتائج البحوث التي أجريت في هذا المجال قاطعة، بل كانت متضاربة في هذا الخصوص، أما ما يمكن أن نؤكده فهو أن الناس يميلون إلى النظر إلى أولئك الأفراد الذين يتصفون بنعت معين بشكل يختلف عما يفعلونه مع أقرانهم الذين لا ننعتهم بصفة معينة . ورغم ذلك يرى بعض المربين أن هذا النعت قد يعطي تفسيراً لسلوك لا نمطي أو غير نموذجي يصدر عنهم، ويميزهم عن غيرهم من الأفراد .

وغني عن البيان أنه قد تم خلال الثلاثين عاماً السالفة إجراء ما يزيد عن خمسين دراسة تقارن بين الطلاب ذوي الإعاقات بمدارس التربية الخاصة في مقابل أقرانهم من المعوقين الذين تم احتواؤهم بمدارس التعليم العام، أو تقارن بين أولئك الذين يتعلمون في غرف المصادر بأقرانهم المعوقين في الفصول العادية بالتعليم العام . ولم تكن النتائج التي أسفرت عنها تلك الدراسات مؤيدة لبقائهم منعزلين في مدارس التربية الخاصة .

ويعتقد المؤيدون للضم أو الاحتواء الكامل أن تلك المشكلات التي يواجهها الأفراد ذوو الإعاقات ترجع إلى كونهم أعضاء في جماعة من الأقليات بدلاً من كونها ترجع إلى إعاقتهم في حد ذاتها . وتتفق هذه الرؤية مع ما تنادي به حركة حقوق المعوقين التي ينادي أعضاؤها بالعديد من الحقوق المدنية للأفراد ذوي الإعاقات، كما أنهم قد شكلوا بذلك جماعة للضغط على المشرعين مما أدى إلى تقديم صور أكثر ملاءمة لهؤلاء الأفراد في وسائل الإعلام . ومع ذلك فإن بعض المؤيدين للضم أو الاحتواء الكلي لا يهتمون في الواقع بما إذا كان هذا الاتجاه أكثر أو أقل فعالية من برامج الانسحاب المؤقت من التربية الخاصة، ولكنهم يعتقدون في الضم أو الاحتواء الكلي لأنهم يعتقدون أنه هو الشيء الأخلاقي الذي يجب عليهم أن يقوموا به .

ومن جانب آخر نجد أن المناوئين للضم أو الاحتواء الكامل أو الكلي يرون العديد من الحقائق على النحو التالي :

١- أن المختصين والآباء راضين في الواقع عن ذلك المستوى الحالي للدمج الذي وصلنا إليه في المدارس .
٢- أن معلمي التعليم العام غير راضين عن وجود الأفراد ذوي الإعاقات معهم، وأنهم أي المعلمين غير قادرين على أن يسايروا أولئك الطلاب .
٣- على الرغم من أن النظر إلى الأفراد ذوي الإعاقات على أنهم أقلية يعد حقيقياً فإن هناك العديد من جوانب القصور التي تواجهنا عندما يصل الأمر إلى حد ترجمة ذلك في صورة برامج تربوية يوصى باستخدامها في هذا الصدد .
٤- أن عدم الرغبة في وضع الأدلة الإمبيريقية في الاعتبار إنما يعكس في الواقع عدم مسئولية من الناحية المهنية .

٥- أن الأدلة الإمبيريقية المتاحة لا تؤيد أو تدعم الضم أو الاحتواء الكامل.
٦- أن على معلمي التربية الخاصة في ظل عدم وجود بيانات تؤيد استخدام نموذج معين لتقديم الخدمات الإبقاء على متصل التسكين بما يتضمنه من بدائل عديدة .

وحتى أولئك المربون الذين يعملون في مجال التربية الخاصة، والذين لا يعتقدون في الدمج الكلي يرون أنه يجب أن يكون هناك معدل أكبر من دمج الطلاب ذوي الإعاقات في مدارس التعليم العام، وإجراء المزيد من الدراسات حول أفضل السبل التي يمكن بمقتضاها تنفيذ هذا الدمج والنجاح في ذلك .

ومن الملاحظ أن قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات (في أمريكا) يتطلب في الوقت الراهن أن يقوم الأفراد ذوو الإعاقات بدراسة تلك المناهج التي يتم تقديمها في مدارس التعليم العام والتي يقوم أقرانهم غير المعوقين بدراستها، وبالتالي يتم تضمنهم في قياس مدى التحسن الأكاديمي وذلك باستخدام بعض المواءمات الضرورية في تلك الاختبارات المستخدمة حتى تناسبهم . ويجب أن تتضمن مثل هذه المواءمات استخدام صيغ بديلة لعرض وتقديم المهام المختلفة التي يتم تقديمها لهم، أو الاستجابة لها .

ومما لا شك فيه أن هناك تأكيداً متزايداً على استخدام الأفراد ذوي الإعاقات للوسائل التكنولوجية الحديثة والتي تتضمن الوسائل الطبية المختلفة، وأساليب التواصل حيث يدور جدل كبير في الوقت الراهن حول ما إذا كان ينبغي علينا أن نقوم بشيء معين يمكننا أن نقوم به في الواقع وهو الأمر الذي أدى بالأساليب التكنولوجية الحديثة أن تتبع ما يعرف بالتصميم العالمي *universal design* حتى يتم استخدام الوسيلة التكنولوجية أو البرنامج من جانب أكبر عدد ممكن من المستخدمين في ذات الوقت .

مفهوم الدمج الشامل ***full inclusion***

هناك في واقع الأمر كما يشير لاسكي (١٩٩١) Laski وسيلور Sailor (١٩٩١) وشتاينباك وشتاينباك (١٩٩٢) Stainback &Stainback العديد من الأفكار الهامة التي يتبناها المسئولون والمؤلفون حول ذلك المعنى الدقيق

للدمج الشامل أو الضم أو الاحتواء الكامل . ومع ذلك فإن معظم التعريفات التي تم تقديمها للآن إنما تتضمن في الأصل العناصر الأساسية التالية :

١- أن كل الأفراد ذوي الإعاقات بغض النظر عن نمط وشدة إعاقتهم يلتحقون بفصول في التعليم العام فقط ، بمعنى أنه لا توجد أي فصول منعزلة للتربية الخاصة يقومون هم بالالتحاق بها .
٢- أن كل الأفراد ذوي الإعاقات يلتحقون بتلك المدارس التي توجد في تلك المنطقة التي يقطنون بها أي يلتحقون بتلك المدارس التي كانوا سيلتحقون بها إذا لم تكن توجد لديهم أي إعاقات .
٣- أن المسئولية الأولية عن الأطفال ذوي الإعاقات إنما تقع على عاتق التعليم العام وليس على عاتق التربية الخاصة .

وفيما يتعلق بهذه النقطة الأخيرة نجد أن بعض المؤيدين للضم أو الاحتواء الكامل يقترحون أن يتم التخلص الكلي من فصول التربية الخاصة ومدارسها المنعزلة، بينما يرى آخرون أننا سنظل في حاجة إلى أولئك المختصين الذين يعملون في مجال التربية الخاصة كالمعلمين، وأخصائيي اللغة والتخاطب، ولكن واجباتهم الرئيسية ينبغي أن تتم في إطار فصول ومدارس التعليم العام وذلك بما لا يتعارض مع تلك الأدوار والمهام التي يضطلع بها معلمو التعليم العام .

وإذا ما نظرنا إلى الضم أو الاحتواء الكامل في مقابل متصل التسكين البديل فإننا نجد أن تخطيط البرامج التربوية المختلفة الخاصة بالأفراد المعوقين قد قام من الناحية التربوية على افتراض أن الأمر يتطلب كما يرى كروكيت وكوفمان Crockett & Kauffman (٢٠٠١) ضرورة توفير اختيارات عديدة لتقديم مجموعة من الخدمات الخاصة لهم . كذلك فإن القانون الفيدرالي الذي يتعلق بالتربية الخاصة والمعروف بقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات *IDEA* يشترط أن تقوم المدارس بوضع الأفراد ذوي الإعاقات في البيئة الأقل تقييداً لهم *LRE* والتي يتم اختيارها من ذلك المتصل الخاص بالتسكين البديل . *CAP*

ويعتقد العديد من الأفراد أن مفهوم البيئة الأقل تقييداً للطفل تتضمن مكاناً مادياً فقط له إلى جانب وجود بدائل أخرى على امتداد متصل للتقييد يتراوح بين مؤسسات للإقامة الداخلية على أحد طرفي المتصل إلى الفصول العادية على

طرفه الآخر. ومن ثم فإن مثل هؤلاء الأفراد يصورون مفهوم البيئة الأقل تقييداً للطفل على أنه أقل أهمية من مفهوم التعليم العام المجاني المناسب *free appropriate public education FAPE* حيث كانت هناك قبل أن يسن قانون البيئة الأقل تقييداً للطفل حرية للعاملين بالمدرسة كي يدعوا أنه لا توجد لديهم أي خدمات لتقديمها للأطفال ذوي الإعاقات، وألا يسمحوا أبداً لمثل هؤلاء الأطفال بالاقتراب من الفصول العادية . أما الآن فمع أن المؤيدين للضم أو الاحتواء الكامل يفضلون أن يجعلوا التعليم العام المجاني المناسب في مرتبة أو وضع تال أو أدنى للبيئة الأقل تقييداً وذلك حتى يستغنوا عن مفهوم البيئة الأقل تقييداً فإنهم لم يسمحوا للطفل بالاقتراب من الفصول الخاصة أو المدارس المخصصة للأطفال ذوي الإعاقات . وفي هذا الإطار يشير لاسكي (١٩٩١) Laski وبعض المؤيدين الآخرين للضم أو الاحتواء الكامل إلى أن الفصل في إطار التعليم العام يعد بمثابة البيئة الأقل تقييداً بالنسبة لكل الأطفال سواء كانوا معوقين أو غير معوقين. ومن الملاحظ أن المدارس في بعض الضواحي، وبعض الفصول الخاصة أيضاً قد تم إغلاقها في سبيل تحقيق الضم أو الاحتواء الكامل، وبالتالي لم تعد توجد هناك أي اختيارات على متصل التسكين ذي البدائل المتعددة .

دمج الأطفال المعوقين في سن مبكرة مع أقرانهم غير المعوقين

يرى كل المربين المختصين بمرحلة الطفولة المبكرة أن الأطفال ذوي الإعاقات التي يمكن تحديدها وأولئك الأطفال المعرضين لخطر الفشل في المدرسة يجب أن يتم إلحاقهم ببرامج يتم تصميمها لتقديم الخدمة المطلوبة لمجموعات متعددة من المتعلمين بما فيهم الأطفال الأصغر سناً غير المعوقين. ومن الملاحظ وفقاً لما تؤكده تقارير وزارة التربية بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٠) أن أكثر من نصف الأطفال ذوي الإعاقات بمرحلة ما قبل المدرسة يتلقون في الوقت الراهن تعليمهم كاملاً أو بصفة أساسية في فصول عادية . ومع ذلك فإن المدى الذي يتم فيه استخدام مثل هذه البرامج للأطفال غير المعوقين، وممارستهم لما تتضمنه من أنشطة مختلفة، ومدى ملاءمة ذلك لأقرانهم ذوي الإعاقات إنما يعد كما يرى أودوم (٢٠٠٠) Odom موضع تساؤل إلى حد كبير.

ويشير ستراين (٢٠٠١) Strain إلى أن تلك الملاحظات التي تتعلق بالفلسفة الراديكالية للتربية التي تقوم على الدمج والتي تدل على أنها قد لا يجب بالضرورة أن تقدم الخدمات اللازمة لجميع الأطفال الأصغر سناً لم تكن أي الملاحظات وليدة البحث العلمي، ولم تكشف عنها نتائج العديد من الدراسات التي تم إجراؤها بالفعل في هذا المجال. وعلى الرغم من ذلك فقد كشفت نتائج دراسات أخرى عن أنه مع وجود تناسق جيد للحاجات الفردية للأطفال فإن دمج الأطفال ذوي الإعاقات الأصغر سناً عادة ما يحقق الفائدة المرجوة منه حيث تكون له أهميته في هذا الإطار. وكذلك فهناك في واقع الأمر العديد من الأدلة التي تؤكد على أهمية دمج الأطفال ذوي الإعاقات الأصغر سناً في مجموعات مع أقرانهم غير المعوقين وذلك بشكل يفوق في أهميته تلك الأدلة التي تؤكد على عملية الدمج في سن أكبر. وعلى هذا الأساس يجب أن يتم الاكتشاف المبكر للإعاقة، وتقديم برامج للتدخل المبكر إذا ما أردنا لهذا الدمج في سن مبكرة أن ينجح مع وضع الواقع الحالي لرياض الأطفال في الاعتبار حيث لا توجد رياض أطفال متخصصة لفئات ذوي الاحتياجات الخاصة إذ لا يكون هناك اهتمام بتلك الفئات في مثل هذه المرحلة العمرية المبكرة رغم أهمية تحديدهم في سن مبكر من أعمارهم، والتعرف عليهم آنذاك، والاكتشاف المبكر لإعاقاتهم، أو حتى لمواهبهم . وفي ضوء ذلك فإن أول احتكاك بحالة الطفل إنما يتم في الغالب عندما يصل ذلك الطفل إلى سن المدرسة إذا لم تكن إعاقته ملحوظة منذ البداية، أما في بعض الحالات الأخرى التي تتم ملاحظتها بسهولة فلا يجد الوالدان في واقع الأمر مكاناً يذهبان إليه بطفلهما سوى عيادة الطبيب التي لا تفيد كثيراً في ذلك الوقت . وفي رأينا أنه إذا كانت هناك رياض أطفال مخصصة لتلك الفئات فإن ذلك كان سوف يكون من شأنه بطبيعة الحال أن يسهم بدرجة كبيرة في إكسابه بعض المهارات الضرورية التي يكون من شأنها أن تساعده على أن يندمج مع الأطفال في مثل سنه وفي جماعته الثقافية .

الدمج الشامل والتنمية البشرية لذوي الاحتياجات الخاصة

يعد الدمج الشامل من هذا الإطار محوراً هاماً وأساسياً في التنمية البشرية لقطاع ذوي الاحتياجات الخاصة حيث يسهم كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٤ـ أ)

بشكل فعال في اندماج الأفراد ذوي الإعاقات مع أقرانهم غير المعوقين وانخراطهم في المجتمع، ويساعد الوالدين على تقبل طفلهما المعوق ومساعدته على السلوك بشكل مستقل مما يوفر لهما الوقت والجهد الذي يمكن أن يخصصانه لأطفالهما غير المعوقين أيضاً، كما يسهم في استغلال بقايا القدرات لدى الطفل المعوق، وتنميتها، وتعليمه السلوكيات المقبولة اجتماعياً، والحد من سلوكياته غير المقبولة اجتماعياً وهو ما يمكن أن يسهم في تحويله إلى طاقة منتجة .

ويرى بعض الآباء أن الدمج الشامل يعد ضرورياً لأطفالهم ذوي الإعاقات الشديدة، ويسوقون من هذا المنطلق أسباباً عديدة تدعم وجهة نظرهم في ذلك منها ما يلي :

١- أن الطفل يكتسب العديد من المهارات الأكاديمية أو الوظيفية بسبب التوقعات العالية والمستوى المرتفع من الإثارة الذي يتوفر في الفصل العادي .
٢- أن الأطفال العاديين يستفيدون من رؤية الأطفال المعوقين حيث يصبحون أكثر حساسية للتعامل معهم وأكثر مراعاة لهم .
٣- أن وجود الأطفال المعوقين مع أطفال غير معوقين يساعدهم على تعلم العديد من المهارات الاجتماعية المختلفة .
٤- أن الأخوة سواء كانوا معوقين أو غير معوقين يذهبون في الأساس إلى نفس المدرسة وليس إلى أكثر من مدرسة واحدة .
٥- أن نظام العزل *segregation* مهما كان نوعه يعتبر خطأ من الناحية الأخلاقية، بينما يعتبر الضم أو الاحتواء (الدمج) صواباً من نفس الوجهة

رؤية مستقبلية لمتطلبات الدمج الشامل لتحقيق التنمية البشرية في قطاع ذوي الاحتياجات الخاصة

يشهد الواقع في مصر على وجه الخصوص فضلاً عن بعض البلاد العربية وجود آراء جديدة تنادي بقوة بضرورة اللجوء إلى الدمج الشامل للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مدارس التعليم العام . ونحن نرى أن نجاح هذا الأمر إنما يعد رهناً بتوفير تلك المتطلبات اللازمة لنجاح مثل هذه التجربة رغم أهميتها

بالنسبة للتنمية البشرية، وإلا فسوف تكون النتيجة أشبه بما حدث بالنسبة للدمج الجزئي، ما لم تكن أسوأ . وفي هذا الصدد فنحن نؤكد أن هناك العديد من المتطلبات اللازمة لنجاح مثل هذه التجربة، ونجاح سياسة التنمية البشرية معهم يمكن أن نوجزها فيما يلي :

١- المعلم .
٢- المدارس .
٣- الأثاث والتجهيزات .
٤- المناهج الدراسية .
٥- مواءمات في التقييم .
٦- استخدام ممارسات معينة ترتبط بالدمج .
٧- التكنولوجيا الحديثة .
٨- ثقافة المجتمع .
٩- تهيئة أولياء أمور الأطفال غير المعوقين وأطفالهم لذلك فضلاً عن أولياء أمور الأطفال المعوقين أيضاً .
١٠- التأييد القانوني .

وإذا ما نظرنا سريعاً إلى مثل هذه المتغيرات أو المتطلبات التي أشرنا إليها فسوف نجد هناك عجزاً كبيراً في معلمي التعليم العام، كما أنه لا يوجد لدينا حتى الآن في معظم الأقطار العربية معلم مؤهل ومتخصص يستطيع أن يطلع بمهمة تعليم وتأهيل أولئك الأطفال المعوقين، وليس لدينا سوى شعب قليلة في بعض كليات التربية أو العلوم الاجتماعية تواجهها العديد من المشكلات التي لا يقدر أحد على مواجهتها أو اتخاذ القرارات بشأنها حتى الآن حيث أن خريجها في الواقع لا يزال غير محدد الهوية إذ أنه يعتبر في الواقع أخصائي تربية خاصة أكثر منه معلم تربية خاصة . كما تم افتتاح شعب للتربية الخاصة في أغلب الجامعات العربية تقريباً إلى جانب وجود كلية للدراسات العليا في هذا الصد بجامعة الخليج العربي في مملكة البحرين، ومع ذلك تظل نفس المشكلة قائمة . أما المعلم الحالي فهو في الغالب من خريجي دور المعلمين السابقة في مصر وليس له في المجال سوى خبرته، أو أنه قد حصل على ما تطلق عليه وزارة التربية والتعليم في مصر بعثة

داخلية تم تقليصها إلى عام واحد يحصل خلاله الدارس على معلومات أقل بكثير جداً مما يحصل عليه أي دارس للدبلوم المهنية في التربية الخاصة بكليات التربية والذي لا يتطرق إلى تعليم هؤلاء الأطفال أو التدريس لهم أي لا يتم إعداد الدارس لكي يكون معلماً لأي فئة من هذه الفئات فضلاً عن أنه يقوم على دراسة فئات المعوقين بصفة عامة دون التخصص في التعامل مع أي منها وإن وجدت مسارات معينة منها يتخصص فيها، أو أنه قد يكون من المعدين كأخصائيين وليس معلمين، كما أنه قد يكون من الحاصلين على أي شهادة جامعية ثم دورة في التربية الخاصة وهي ما تمثل الأبواب الخلفية في هذا الصدد . والأخطر من ذلك أن العديد من وزارات التربية العربية لا تعترف في الغالب سوى بثلاث إعاقات فقط هي الإعاقة العقلية الفكرية، والصمم، وكف البصر فأنشأت لها مدارس التربية الفكرية، ومدارس الأمل، ومدارس النور مما يعني بالتالي أنها تصنف الإعاقات في تلك الفئات دون سواها مع الجمع بين الفئات الفرعية الداخلة فيها كالصم وضعاف السمع، والمكفوفين وضعاف الإبصار . كما أن برامج كليات التربية بوضعها الراهن لا يمكن لها أبداً أن تعد معلماً يمكنه التعامل مع أي من هذه الفئات، وهو الأمر الذي تعانيه الجامعات العربية أيضاً . ولذلك يجب إعادة النظر في هذا الموضوع قبل أن نشرع في تطبيق الدمج الشامل لأن المعلم هو حجر الزاوية في هذا الصدد، ولا يمكن أن تتم أي برامج للتنمية البشرية أو تنفذ أي سياسات في ذلك الإطار دون وجود المعلم الواعي بطبيعة الفئة التي يعمل معها، والمؤهل للتعامل بفاعلية مع أولئك الأطفال، وكيفية تعليمهم، وتأهيلهم، وتقييمهم، وتحديد أهم الاستراتيجيات التي يكون من شأنها أن تحقق ما نصبو إليه من أهداف مختلفة .

أما بخصوص المدارس فنحن نؤكد أننا ليس لدينا مدارس تكفي التلاميذ غير المعوقين حيث لا تزال هناك مدارس تعمل بنظام الفترات المتعددة، والفصول مكدسة بالتلاميذ وهو الأمر الذي لا يجوز مطلقاً في إطار التربية الخاصة، كما أن هناك ما يعرف بالفصول الطائرة . إذن فكيف يمكن لنا أن ندمج هؤلاء مع أولئك . ومن ناحية أخرى فإن الفصول والمدارس الخاصة ببعض هذه الفئات أي التي يجب أن يتعلموا فيها بصرف النظر عن كونها تتبع نظام العزل أو الدمج ينبغي أن تكون لها مواصفات معينة كتلك المواصفات الخاصة بالمعوقين جسمياً، أو بالصم، أو

المكفوفين، أو غيرهم فضلاً عن أعداد التلاميذ في كل فصل، وما تتضمنه المدرسة من فصول أو غرف للمصادر . فهل تتوفر مثل هذه الترتيبات والأثاثات في مدارسنا العادية التي سيكتب لها أن تشهد نظام الدمج الشامل ؟ وهذه كلها أمور يمكن أن تسهم وسائل الإعلام في توضيحها لعامة الناس .

وفيما يتعلق بالأثاثات والتجهيزات فكما أشرنا في النقطة السابقة هناك قصور في الترتيبات والتجهيزات الخاصة بمدارس التعليم العام، وعندما نقوم بعملية الدمج فسوف يتطلب الأمر تجهيزات وترتيبات إضافية وجديدة يتمثل أهمها فيما يلي :

١ـ انخفاض أعداد التلاميذ بكل فصل بشكل كبير .

٢ـ إنشاء مدارس جديدة تستوعب ذلك .

٣ـ إنشاء غرف للمصادر بكل مدرسة تتبع نسق التعليم العام .

٤ـ تخصيص مدارس معينة في كل محافظة أو منطقة- من وجهة نظرنا- لكل إعاقة حتى لا تختلط الأمور داخل المدارس .

٥ـ التركيز في إعداد المعلم العام بكليات التربية على ضرورة إجادته للتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقات من فئة واحدة فقط على أن يعمل بعد تخرجه من الكلية في تلك المدارس التي يتم فيها دمج الأطفال الذين يعانون من تلك الإعاقة فقط على أن يقوم بتدريس مادة محددة لهم وهو البرنامج الذي شرعت في تطبيقه بعض كليات التربية في مصر كمحاولة للتغلب على مثل هذا القصور .

٦ـ توفير الخدمات المرتبطة بالتربية الخاصة .

٧ـ توفير الأجهزة الحديثة والوسائل التكنولوجية المختلفة التي نحتاجها في سبيل التعامل والعمل مع هؤلاء التلاميذ .

٨ـ إعداد المتخصصين لاستخدام تلك الأجهزة وتحقيق الاستفادة منها .

٩ـ توفير المعلمين والأخصائيين المطلوبين لذلك .

١٠ـ تخصيص الاعتمادات المالية اللازمة .

أما فيما يتعلق بالمناهج الدراسية فنحن نرى أن المناهج التي يتم تدريسها بمدارس التربية الخاصة لا تفي بالغرض منها إذ أنه لا يجوز أن تكون هي نفس مناهج التعليم العام منقوصاً منها عدة أعوام لأن هذا اعتراف صريح من جانبنا

بالدونية لهؤلاء الأطفال، كما أنها رغم ذلك قد لا تكون مناسبة لهم، أو تثير لديهم الشعور بالدونية وذلك حينما ندرس للمكفوفين أن البصر نعمة ونظل نركز عليه، أو نحدد للصم أن السمع يعد كذلك . وفضلاً عن هذا فإن التعديل الذي شهده المجال منذ فترة لا يعد كافياً وهو الأمر الذي يحتم علينا تصميم مناهج خاصة بكل فئة على حدة، وتتناسب معها بشكل عملي يحقق الاستفادة القصوى مما يكون قد تبقى لديهم من قدرات، وتحديد أهم طرق وأساليب التدريس واستراتيجياته الملائمة لهم حتى يصبح بمقدورنا أن نحقق ذلك . ومن جهة أخرى يمكننا أن نحقق تلك الأهداف التي يتضمنها المنهج الخاص بكل فئة من هذه الفئات إذا ما لجأنا إلى التكنولوجيا الحديثة أو التكنولوجيا المساعدة وما تقدمه من أجهزة ووسائل متطورة خاصة بكل فئة من هذه الفئات وهو ما يتضمن العديد من الأمثلة المختلفة لكل فئة من تلك الفئات وهو الأمر الذي يستوجب اعتمادات مالية كبيرة لذلك .

ومع تعقد التكنولوجيا وأساليبها المستخدمة في المجال التربوي على وجه الخصوص أصبح موضوع الاستقلالية أمراً أكثر أهمية حيث أنه إذا كانت التكنولوجيا تسمح للأفراد ذوي الإعاقات بأن يقوموا بشيء معين لا تستقيم حياتهم بدونه فإنها بذلك تصبح من الأمور الضرورية لهم التي تزداد أهميتها باستمرار، أما إذا كانت تسمح لهم بأداء شيء جديد أو أفضل، ولكنها في الوقت ذاته تفرض عليهم نواحي قصور معينة وجديدة فإننا يجب أن نعيد التفكير في فوائدها من جديد حيث أن استخدام مثل هذه الوسائل التكنولوجية الحديثة من شأنه أن يحقق لنا ذلك .

وقد يكون للتطورات التكنولوجية بكل أنماطها تطبيقاتها العديدة بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقات، ومع ذلك فإن هناك نمطين منها لهما أهمية خاصة في هذا الصدد هما :

١- التطورات التكنولوجية الطبية .
٢- التطورات التكنولوجية الخاصة بالتواصل .

وتعد التطورات التكنولوجية في المجال الطبي من التطورات التي يثار حولها الكثير من الجدل. وتعتبر عمليات زرع قوقعة الأذن *cochlear implantation* أي الاستعانة بأذن داخلية صناعية من أهم هذه التطورات التي تأتي لتثير تساؤلاً له دلالته ومغزاه وذلك عن ضرورة استخدامها حتى نتيح الفرصة بذلك للأطفال الصم

كي يتمكنوا من سماع تلك الأصوات المحيطة بهم، وهل يجب أن نقوم بتصحيح الإعاقات جراحياً قبل أن تتم الولادة إذا ما كان ذلك ممكناً ؟ وهل يمكن الاستعانة بنتائج تلك البحوث التي تم إجراؤها حول خلايا الجنين في سبيل علاج أو تصحيح الإعاقات الجسمية إذا ما كان من الممكن القيام بذلك؟ وتعتبر مثل هذه التساؤلات في واقع الأمر مجرد أمثلة لتلك المسائل الجدلية التي تتم إثارتها في هذا الإطار والتي ينبغي علينا أن نسايرها، ومن ثم نجد حلولاً لها علماً بأنها إنما تمثل أموراً أخلاقية ذات أهمية في هذا الصدد ويمكن أن تلعب وسائل الإعلام دوراً حيوياً في إجلائها لكافة الأفراد في المجتمع .

ومن الجدير بالذكر أن هناك بعض أنماط من المواءمات يمكن اللجوء إليها كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤ أ ، ب) بغرض تقييم هؤلاء الأطفال أثناء وجودهم في فصول ومدارس التعليم العام وهو ما يجب أن تركز عليه وسائل الإعلام بشكل لا لبس فيه، ومن أهمها ما يلي :

أولاً : المرونة في الوقت :

١- أن يكون هناك وقتاً ممتداً للأداء .

٢- أن نحدد أطوالاً بديلة لأجزاء معينة من الاختبار فتكون أقصر أو أطول من غيرها.

٣- أن يكون هناك قدر أكبر ومتكرر من فترات الراحة .

٤- أن يتم عقد جلسات مطولة للاختبار على مدى عدة أيام .

ثانياً : المرونة في المكان :

١- أن يتم اختبار الطفل بمفرده في غرفة الاختبارات أو في حجرة منفصلة .

٢- أن يتم اختباره وسط مجموعة صغيرة من الأطفال .

٣- أن يتم اختباره في المنزل .

٤- أن يتم اختباره في أحد فصول التربية الخاصة .

٥- أن يتم اختباره في غرفة ذات إضاءة خاصة .

ثالثاً : الأسلوب البديل للعرض :

١- أن يتم تقديم نسخة مكتوبة بطريقة برايل أو بخط ذات حجم كبير .

٢- أن تتم الإشارة للتعليمات .

٣- أن يتم تفسير التعليمات بطريقة بسيطة وواضحة .
٤- أن تقدم التعليمات للطفل مسجلة على شريط كاسيت .
٥- أن يتم التأكيد على كلمات مفتاحية معينة .

رابعاً : الأسلوب البديل للاستجابة :

١- أن تتم الإشارة إلى الاستجابة .
٢- أن يتم استخدام نماذج جاهزة للاستجابة .
٣- أن تتم الاستجابة باستخدام لغة الإشارة .
٤- أن يتم استخدام جهاز كمبيوتر لذلك .
٥- السماح بالإجابة في كتاب الاختبار .

وفضلاً عن ذلك فإن هناك ممارسات معينة ترتبط بالدمج وتسهم في نجاحه، ومن أهم وأشهر مثل هذه الممارسات ما يلي :

١- فرق الحكماء .
٢- الإرشاد المشترك .
٣- التدريس التعاوني .
٤- المناهج والاستراتيجيات التعليمية .

وتتضمن المناهج والاستراتيجيات التعليمية التي يتم استخدامها في هذا الإطار عدة أنماط يمكن تقديم بعضها من خلال وسائل الإعلام، ومن أهمها ما يلي :

١- المناهج التي يتم تصميمها بغرض تغيير الاتجاهات نحو الإعاقة .
٢- التعلم التعاوني .
٣- تدريس الأقران لبعضهم البعض .
٤- المشاركة الجزئية في الأنشطة .

وفيما يتعلق بثقافة المجتمع يمكننا النظر إليها من أكثر من جهة حيث يمكننا أولاً أن نهتم بجميع فئات ذوي الإعاقات وليس بعضها فقط إذ أن كثيراً من المثقفين وحتى بعض المتخصصين في بعض الأحيان يرون مثلاً أن صعوبات التعلم *learning disabilities* على سبيل المثال ليست إعاقة بدليل مستوى ذكاء الطفل العادي أو العالي، وعدم وجود مدرسة خاصة بتلك الفئة أو حتى فصول ملحقة . وهنا يجب أن ننوه إلى أن هذه الفئات تضم كما أشرنا سلفاً ثلاث عشرة فئة على

الأقل. ولوسائل الإعلام دور أساسي في هذا الإطار حيث تلعب دوراً بارزاً في تكوين ثقافة المجتمع، وتشكيل وجدانات الأفراد واتجاهاتهم . كذلك فإن هناك العديد من البدائل التسكينية *alternative placements* لهؤلاء الأطفال في دول أوربا والولايات المتحدة الأمريكية كما يرى هالاهان وكوفمان (٢٠٠٧) Hallahan& Kauffman تتضمن ما يلي :

١ـ الفصل العادي .

٢ـ التشاور مع معلم التربية الخاصة .

٣ـ المعلم المتنقل .

٤ـ غرف المصادر، ومعلم المصادر .

٥ـ المراكز التشخيصية .

٦ـ التعليم المنزلي أو في مستشفى (المشافي) .

٧ـ الفصل التام في ذاته أو المكتفي ذاتياً .

٨ـ المدارس النهارية الخاصة .

٩ـ المدارس الداخلية .

كذلك فإن علينا أن نحدد إلى جانب ذلك أنماط أولئك الأطفال الذين يتم تقديم الخدمة لهم وفق كل بديل تسكيني من تلك البدائل التي عرضنا لها للتو والتي يتضمنها مثل هذا المجال وذلك كما يلي :

١ـ التشاور مع معلم التربية الخاصة :

ويتم تقديم الخدمة فيه لأولئك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم البسيطة، والاضطرابات السلوكية أو الانفعالية، والإعاقة العقلية الفكرية البسيطة .

٢ـ الفصل العادي :

ويتم تقديم الخدمة من خلاله للأطفال الذين يعانون في الواقع من صعوبات تعلم وخاصة صعوبات التعلم البسيطة، أو اضطرابات سلوكية أو انفعالية، أو إعاقة عقلية فكرية بسيطة ، أو إعاقة جسمية .

٣ـ معلم المصادر :

وعادة ما يعمل مثل هذا المعلم على تقديم الخدمة لأولئك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية بسيطة إلى متوسطة، أو أقرانهم الذين يعانون من

اضطرابات انفعالية بسيطة إلى متوسطة، وصعوبات تعلم بسيطة إلى متوسطة، واضطرابات تواصل بسيطة إلى متوسطة، وإعاقة سمعية بسيطة إلى متوسطة .

٤- المعلم المتنقل :

ويعمل على تقديم الخدمة المناسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من الإعاقة البصرية، أو الإعاقة الجسمية، أو اضطرابات التواصل .

٥- الفصل التام في ذاته أو المكتفي ذاتياً :

ويتم فيه تقديم الخدمة للأطفال من فئات الإعاقة العقلية الفكرية المتوسطة إلى الشديدة، والاضطرابات السلوكية أو الانفعالية .

٦- المدارس النهارية الخاصة :

وتقدم الخدمة للأطفال من فئات الإعاقة العقلية الفكرية الشديدة أو الحادة، والإعاقات الجسمية الشديدة أو الحادة .

٧- المدارس الداخلية :

وتعمل على تقديم الخدمة للأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية شديدة أو حادة، واضطرابات سلوكية أو انفعالية .

٨- المراكز التشخيصية :

وتقوم بتقديم خدماتها لذوي الإعاقة البسيطة الذين لم يتلقوا أي خدمات، وذوي الإعاقة البسيطة ممن تلقوا خدمات غير مناسبة .

٩- التعليم المنزلي أو في مستشفى (المشافي) :

ويتم خلاله تقديم الخدمة للأطفال المعوقين جسمياً، والأطفال الذين يخضعون للعلاج وللفحوص الطبية.

وفضلاً عن ذلك فإن ثقافة المجتمع تتضمن كذلك العمل على تغيير النظرة إلى ذوي الاحتياجات الخاصة والاتجاهات نحوهم وهو الدور الحيوي الذي يمكن أن تلعبه وسائل الإعلام المختلفة وهو الأمر الذي يجعل أولياء أمور التلاميذ غير المعوقين يحرصون على أن يحسن أطفالهم التعامل مع أقرانهم المعوقين، بل ويشجعونهم على ذلك مما يسهم في نجاح التجربة ويؤهلهم للتعامل والتفاعل معهم في المجتمع الأكبر لاحقاً، كما يعني كذلك تأهيل وإعداد التلاميذ غير المعوقين أنفسهم للتعامل مع أقرانهم المعوقين، والعمل على تحسين وتعديل اتجاهاتهم نحوهم

مما يشجعهم على الإقبال عليهم، والاستفادة مما يتم تقديمه لهم من خدمات، بل ومساعدتهم على اكتساب المهارات المناسبة وتطويرها، والإتيان بالسلوكيات المقبولة اجتماعياً، والحد من تلك السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً . والواقع أن النجاح الفعلي للدمج ينطلق من هذه النقطة، وبالتالي فإنها تشهد أساس نجاح سياسات التنمية البشرية في هذا الإطار .

وإلى جانب ذلك فإن تأهيل وإعداد أولياء أمور الأطفال المعوقين للتعامل معهم، وإعدادهم للحياة في المجتمع يعد أمراً غاية في الأهمية حيث يكون من شأنه أن يساعد في تحقيق التنمية البشرية لأطفالهم . ويتطلب ذلك إعدادهم نفسياً، وتقديم الإرشاد الأسري اللازم بما يمكن أن يحقق التدخل المكثف لأطفالهم، وتدريبهم على كيفية التعامل مع أطفالهم، وتدريبهم على أهم برامج التدخل الفعالة في هذا الصدد . ويمكن أن يتم تقديم البرامج المختلفة في هذا الصدد من خلال وسائل الإعلام أو غيرها . ومن أهم هذه البرامج التأهيل المرتكز على المجتمع *Community-Based Rehabilitation CBR* أو التأهيل المجتمعي وهو البرنامج الذي قامت جمعية التأهيل الاجتماعي للمعوقين بمحافظة الشرقية في مصر بتطبيقه في إحدى قرى المحافظة وأسفر عن تحقيق نتائج هائلة . ويشير عبدالحميد كمال (٢٠٠٥) إلى أن هذا الأسلوب كما اعتمدته منظمة العمل الدولية، واليونسكو، ومنظمة الصحة العالمية (١٩٩٤) هو إستراتيجية تدخل في إطار تنمية المجتمع المحلي تهدف إلى توفير الخدمات التأهيلية المتنوعة، وتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص، والاستدماج المجتمعي لجميع الأشخاص الذين يعانون من إعاقة . ويتم تنفيذه من خلال الجهود المتضافرة للمعوقين أنفسهم، وأسرهم، ومجتمعاتهم المحلية بالإضافة إلى المؤسسات الصحية، والتعليمية، والمهنية، والاجتماعية الموجودة في ذات المجتمع . ويمكن التركيز على مثل هذا البرنامج في وسائل الإعلام المختلفة حيث ينبغي توفير التربة الخصبة الممهدة لاستقباله والعمل به، وتشجيع أولياء الأمور على تبنيه . ومع الوضع في الاعتبار أن الهدف الرئيسي لهذه الإستراتيجية يتمثل في دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع ليكونوا أفراداً منتجين، وتحويلهم إلى طاقات عمل حقيقية مما يحقق التنمية البشرية لهم فإنه يهدف في سبيل ذلك إلى الاستفادة من البيئة المحيطة لخدمة هؤلاء الأفراد من خلال تحسين قدراتهم

وتنميتها، وزيادة اعتمادهم على أنفسهم، واندماجهم في المجتمع . ويلجأ في ذلك إلى الوقاية، والاكتشاف والتدخل المبكر . وتتضمن الأدوات والوسائل المساعدة لتحقيق تلك الأهداف المجتمع المحلي، والمتطوعين، والتمويل، والتدريب، والجمعيات الأهلية، والملاحظات، والمقابلات، والتقارير . أما الأنشطة اللازمة لذلك فتضم النوادي الأسبوعية، والفصول التعليمية متعددة الأهداف، والتأهيل المهني بهدف التشغيل في المجتمع، والأنشطة الترفيهية، والمعسكرات، والحفلات، والمسابقات الرياضية، واللقاءات، والزيارات المنزلية، والمشروعات الإنتاجية .

ومن جانب آخر فإن هذا الموضوع يضم أيضاً حقوق المعوقين في الحياة والاستمتاع بها، والتمتع بالخدمات الصحية الجيدة، والتنقل، والتعليم، والتأهيل، والعمل . وليس كافياً أن نحدد قبولهم في العمل بنسب معينة دون تأهيل علماً بأنه لا يتم في بعض البلدان تشغيل غير المعوقين في الوقت الراهن حتى يتم تشغيل المعوقين . كما ينبغي أن يكون هناك غطاء قانوني لما يتم تقديمه لهم حتى لا يتحدث البعض عن عدم دستورية ذلك . ومن الأمثلة على هذا الغطاء القانوني تلك القوانين وتعديلاتها المختلفة التي صدرت في الولايات المتحدة الأمريكية أو غيرها من الدول المتقدمة مثل قانون الأفراد الأمريكيين ذوي الإعاقات، *AIDA* وقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات، *IDEA* والخدمات مثل خطة التعليم الفردية أو البرنامج التربوي الفردي ، *IEP* والخطة الفردية لتقديم الخدمات الأسرية . *IFSP* أضف إلى ذلك ما يتم تقديمه من خدمات متعددة لكل فئة من فئات ذوي الإعاقات، وما يتم توفيره لهم من الوسائل التكنولوجية الحديثة . وفي هذا الإطار يمكن أن تخصص وسائل الإعلام برامج معينة لتوضيح مثل هذه الأمور لعامة الناس في المجتمع .

وفي النهاية فإننا نرى أنه إذا كان الدمج يعني تعليم الأطفال ذوي الإعاقات جنباً إلى جنب مع أقرانهم غير المعوقين في المدارس العامة أي العادية يصبح من الملاحظ في ضوء ما أثير من نقاط ما يلي :

١- أن أكثر أنواع التدخلات تكاملاً هو معلم الفصل العادي .

٢- أن معلم الفصل العادي قد يحتاج بطبيعة الحال في المستوى التالي إلى التشاور مع معلم التربية الخاصة أو غيره كالأخصائي النفسي وتزويده

بالمواد الخاصة، والأجهزة الخاصة، أو حتى بالطرق والأساليب الخاصة كي يتم التعامل الفعال مع هؤلاء الأطفال .

٣- أن معلم التربية الخاصة قد يقوم بإعطاء معلم الفصل العادي جرعة تثقيفية تكفيه للتعامل مع أولئك الأطفال، أو يرشده إلى مصادر أخرى يمكن أن يستغلها في ذلك، أو يساعده على استخدام مواد وأجهزة وطرق وأساليب معينة .

٤- أن معلم التربية الخاصة قد يقوم في واقع الأمر بتزويد الطفل ذي الإعاقة أو حتى معلم الفصل العادي بخدمات متنقلة *itinerant* حيث يعمل آنذاك كمعلم متنقل أو متجول . *itinerant teacher*

٥- أن تعليم هؤلاء الأطفال ينبغي أن يتم بشكل فردي أو في مجموعات صغيرة .

٦- أن معلم المصادر *resource teacher* أي معلم غرفة المصادر هو الآخر قد يقوم في المستوى الثاني بتقديم الخدمات المختلفة لكل من الأطفال والمعلمين (وغالباً ما يعمل مع الأطفال على أساس فردي أو في مجموعات صغيرة في فصل خاص فيه مواد معينة، وأجهزة خاصة) .

٧- أن المراكز التشخيصية ما هي إلا مؤسسات خاصة بها فصول .

٨- أن الأطفال الذين يعانون من الإعاقات الجسمية المختلفة غالباً ما يتطلبون تعليماً منزلياً أو في المستشفى .

٩- أنه قد ظهرت حديثاً في هذا المضمار خدمات بديلة منها الفصل الخاص المستقل أو التام في ذاته *special self- contained class* والذي يعرف أحياناً بالفصل المكتفي ذاتياً أي الذي توجد أجزائه الرئيسية جميعاً معاً في هيكل واحد في ذات الوقت. ويضم هذا الفصل حوالي خمسة عشر طفلاً أو أقل لهم خصائص أو احتياجات معينة، ويتم تدريب المعلم بشكل عادي على أنه معلم تربية خاصة، ومن ثم فإنه يصير مسئولاً عن تقديم كل أو معظم التعليم لهؤلاء الأطفال . أما الأطفال الذين ينتظمون في مثل هذه الفصول فإنهم عادة ما يقضون معظم اليوم الدراسي أو اليوم كله منفصلين عن أقرانهم غير المعوقين. وعادة ما يحدث الدمج خلال جزء

من اليوم فقط ، وغالباً ما يكون ذلك خلال حصص التربية البدنية، أو الموسيقى، أو أي نشاط آخر يمكنهم أن يشاركوا فيه بشكل جيد.

١٠- أن المدارس النهارية الخاصة *special day schools* لها دور هام هي الأخرى في مثل هذا الصدد .

١١- أن المدارس المخصصة للإقامة الداخلية *residential schools* حيث يتلقى الأطفال ذوي الإعاقات رعاية على مدار الساعة ويعودون إلى منازلهم في نهاية الأسبوع يمكن استغلالها في هذا الإطار كذلك .

وأخيراً فإن وسائل الإعلام سواء المرئية أو المسموعة أو المقروءة من شأنها أن تلعب دوراً هاماً وحيوياً في سبيل تبصير أعضاء المجتمع بمثل هذه الأمور جميعاً، وتزويدهم بالكم اللازم من المعلومات المختلفة عنها مما يسهم في تغيير اتجاهاتهم السلبية تجاههم، بل وتكوين اتجاهات إيجابية، وتقبلهم، والتفاعل معهم، ودمجهم في مدارس التعليم العام، بل وفي المجتمع ككل وهو ما يسهم في تأهيلهم، وتنميتهم، ومحاولة استغلال ما يكون قد تبقى لديهم في الواقع من قدرات وذلك إلى الحد الأقصى وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يعود عليهم بالنفع، وعلى المجتمع بالفائدة، ويؤكد من جانب آخر على الدور الهام والحيوي لوسائل الإعلام في هذا الميدان وهو ما سنوضحه في النقطة التالية .

الدور المناط بوسائل الإعلام

يشير السيد سيد أحمد (٢٠٠٦) إلى أننا إذا ما أمعنا النظر إلى ما تقدمه وسائل الإعلام عن المعوقين سنجد أن بعضها يعطينا انطباعاً سيئاً عن الإعاقة حيث أنها كثيراً ما تجعل الفرد المعوق يبدو في سلوكياته كالمعوق عقلياً مع أن إعاقته قد لا يكون لها أي علاقة بالإعاقة العقلية الفكرية وهو الأمر الذي عادة ما يتضح من خلال ما يتم تقديمه للأطفال منذ مرحلة الطفولة وذلك خلال أهم المواد الإعلامية المقدمة للأطفال والتي تتمثل في أفلام الكارتون حيث يساعد محتواها في تكوين اتجاهات سلبية تجاه مثل هؤلاء الأطفال منذ هذه السن الصغيرة في حياة الأطفال . ولا يختلف الحال كثيراً بالنسبة للأعمال الكوميدية والدرامية المختلفة حيث غالباً ما تظهر لنا المعوق في صورة ساخرة قد لا تمت للمعوقين بصلة، وقد لا تعكس

صورتهم الحقيقية مع تسليمنا بأن تأثير الرسالة الإعلامية على أفراد المجتمع يعد أشد من تأثير مواقف التفاعل الاجتماعي الفردي حيث يتم تقديم معلومات معينة إلى أعداد كبيرة من أفراد المجتمع في آن واحد فيتعاظم تأثيرها بدرجة كبيرة . ومن ثم فإن جوهر التغطية الإعلامية للإعاقة من شأنه أن يؤدي إما إلى إهمال صورة ومكانة المعوقين أو تحسينها بين أفراد المجتمع . وفي هذا الإطار فنحن بدورنا لا ننكر أن معظم الشخصيات التي لعبت أدوار المعوقين في السينما أو التليفزيون ليسوا كذلك في الواقع، وأنهم بذلك قد ينجحوا في رسم مثل هذه الشخصيات بدرجات متفاوتة، وبالتالي فإنهم في أغلب الأحيان وفي أغلب تلك الأدوار لا يمكنهم أن يوضحوا بعمق تلك التحديات العديدة التي يمكن أن تواجه مثل هؤلاء الأفراد في حياتهم الواقعية .

ومن جهة أخرى فقد أشار تحليل للموضوعات التي تناولت المعوقين في الصحف والتليفزيون الأمريكي لمدة ستة أشهر خلال عام ١٩٩٨ كما يشير نيلسون (٢٠٠٠) Nelson إلى أن حوالي نصف هذه الموضوعات قد صورت المعوقين على أنهم إما اعتماديين، أو منحرفين، أو شواذ، أو أن سلوكهم غير اجتماعي . وهو الأمر الذي يسهم بلا شك في تشكيل وتكوين اتجاهات سلبية من جانب أفراد المجتمع نحو المعوقين . بينما كان ربع هذه الموضوعات فقط هو الذي صور المعوقين كأشخاص قادرين على العيش بصورة مستقلة، وعلى الإسهام بدور معين في المجتمع وهو الأمر الذي يسهم في تشكيل اتجاهات إيجابية نحوهم، أو في تعديل الاتجاهات السلبية نحوهم إذ أن وسائل الإعلام حينما تتفهم طبيعة الإعاقة، وتوضح حقوق المعوقين، وتقدم وصفاً لجوانب القوة لديهم، وتظهر كيفية استثمار قدراتهم وإمكاناتهم فإنها بذلك تساعد أفراد المجتمع على تقبلهم، والتعاون معهم، وتقديم الدعم والمساندة اللازمة لهم، وتوجيههم، وتحويلهم إلى طاقات عاملة نافعة.

ومن الجير بالذكر أن مثل هذه الصورة السلبية التي يتم تقديمها للمعوقين، وما يتم توارثه أو تعلمه واكتسابه من اتجاهات سلبية نحوهم إنما يشكل ما أطلق علية روبر (٢٠٠٣) Roper النموذج الاجتماعي للإعاقة حيث يرى أن البعض يميزون بين مفهومين أساسيين للإعاقة إذ يرون أن مصطلح *impairment* يشير إلى الإعاقة الجسمية أو البدنية، أو الحالة العقلية بينما يشير مصطلح *disability* على

الجانب الآخر إلى ذلك الكيان أو البناء الاجتماعي الثقافي للإعاقة . وفي حين لا يعد الأول إعاقة موروثة فإن الثاني يعد كذلك حيث نجد وفقاً لهذا الأمر أن المجتمع الذي يفشل في احتواء مثل هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات *with impairment* والذي يضع المعوقات أمامهم مما يحول دون اندماجهم فيه إنما يقدم بذلك نموذجاً اجتماعياً للإعاقة . وفي هذا الإطار فإننا نجد أن المباني المختلفة مثلاً قد تعوق الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية والحركية عن التنقل والحركة فيها، والاندماج مع الغير، وهكذا . كذلك فإن الاتجاهات التمييزية التي قد تسود في مجتمع ما إنما تعد معوقة هي الأخرى حيث نجد أن النظرة السلبية للإعاقة والمعوقين تؤثر سلباً عليهم بالعديد من الطرق بدءاً من إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ووصولاً إلى قدرة هؤلاء الأفراد على شغل وظائف معينة تتفق مع إمكاناتهم . وبذلك فإن نظرة المجتمع وموروثاته هي التي تلعب دوراً كبيراً في تحديد ما يمكن أن نعتبره عادياً، وما يمكن أن نعتبره غير ذلك، بل وما يمكن أن نعتبره حالات معوقة في هذا الصدد . ويرى أوليفر (١٩٩٦) Oliver أن هناك في الواقع عوامل ومسببات اجتماعية مختلفة ومتعددة في هذا الإطار تعد مسئولة عن العديد من حالات الإعاقة مما يؤدي إلى وجودها بأشكال وصور مختلفة في المجتمع، بل وفي كل المجتمعات من أهمها التصنيع، والحروب، والتوجه الأيديولوجي *ideological orientation* الذي يحكم المجتمع ويشكل الجانب الأساسي في ثقافته فالمجتمع المتدين مثلاً ينظر إليها بشكل يختلف عن المجتمع الرأسمالي، وهذا الأخير ينظر إليها بشكل يختلف عن المجتمع الاشتراكي، وهكذا .

وإذا كانت وسائل الإعلام في الغالب لم تعط هؤلاء الأفراد المعوقين القدر الكافي من الاهتمام الذي يستحقونه كفئات متعددة تمثل فيما بينها فئة معَينة هي فئة المعوقين وذلك بالشكل الذي تتطلبه التنمية البشرية في هذا القطاع فإن الأمر يتطلب منها بما لها من دور فعال في حياة المجتمع أن تقدم صورة حقيقية وواقعية عنهم، وأن تعكس أحوالهم، وأن توضح أهمية دمجهم في المجتمع بمؤسساته المختلفة، وقطاعاته المتباينة، وأن تعمل على تعديل اتجاهات أفراد المجتمع نحوهم مما يكون من شأنه أن يؤثر على تلك الطريقة التي ينظرون بها إلى الإعاقة والمعوقين، وما يمكن أن يترتب على ذلك من فوائد جمة . وترى شيلي باري

(٢٠٠٣) Barry, Shelley أنه نظراً لأهمية وسائل الإعلام في هذا الصدد والدور الفعال الذي تلعبه في هذا الإطار فقد أكد المؤتمرون في المؤتمر الأوربي عن الإعلام والإعاقة الذي عقد في أثينا باليونان في العام ذاته أن عليهم أن يعملوا في الواقع على تحسين صورة المعوقين في وسائل الإعلام كي يتقبلهم الغير، وأن يساعدوهم على الاشتراك بدرجة أكبر في كافة قطاعات المجتمع وذلك عن طريق تحقيق العديد من الأمور التي يمكن أن نقوم بتناولها كما يلي :

١- تعزيز التغير في قطاع الإعلام في هذا الإطار بغرض العمل على تحسين صورة الأفراد المعوقين ودمجهم في المجتمع .
٢- زيادة إدراك أفراد المجتمع من الجنسين للأفراد المعوقين، وفهمهم لهم .
٣- زيادة العمل على تغطية الموضوعات التي تهم الأفراد المعوقين وأسرهم .
٤- تقديم صورة إيجابية للأفراد المعوقين لا تعتمد في الواقع على الشفقة تجاههم، أو على الاتجاه الطبي، وأن تتجنب تقديم النماذج السلبية لهم .
٥- تشجيع إقامة التعاون والعلاقات الحميمة بين الأفراد المعوقين والهيئات أو الجمعيات الممثلة لهم من ناحية وبين وسائل الإعلام وصناعة وسائل الإعلام التي تهتم بتقديم الأمور ذات الصلة بالإعاقة والمعوقين من ناحية أخرى .
٦- زيادة أعداد العاملين المعوقين في قطاع الإعلام .
٧- التأكيد على تقديم الخدمات الإعلامية اللازمة للأفراد المعوقين .

وقد تم في هذا الإطار تحديد عدد من الأساليب المختلفة التي يمكن بمقتضاها تحقيق مثل هذه الأهداف، وقد حدد المؤتمرون أهمها فيما يلي :

١- إعداد خطط العمل الملائمة *action plans* والاستراتيجيات المناسبة من جانب المؤسسات الإعلامية المختلفة في سبيل دمج هؤلاء الأفراد في المجتمع بقطاعاته ومؤسساته المختلفة .
٢- افتتاح وحدات متنوعة في المؤسسات الإعلامية تكون مهمتها أن تتناول في ممارساتها الإعلامية المختلفة الموضوعات التي تتعلق بدمج المعوقين في المجتمع .
٣- تقديم البرامج التدريبية اللازمة للعاملين المعوقين في كل القطاعات .

٤- تشجيع المؤسسات التربوية على أن تقوم بتقديم الإعاقة في إطار برامجها التي تبثها من خلال وسائل الإعلام .
٥- توفير برامج عمل وبرامج تدريبية يكون من شأنها أن تسهم في زيادة أعداد الأفراد المعوقين في كل قطاع من قطاعات الإنتاج .
٦- استخدام الأساليب التكنولوجية الحديثة والمناسبة بما يضمن تقديم خدمات إعلامية للمعوقين في إطار ما تقدمه وسائل الإعلام من خدمات لكافة قطاعات المجتمع .
٧- تقديم شبكة للمعلومات التي تتعلق بالإعاقة والربط بينها وبين وسائل الإعلام المختلفة والمتباينة .

وتحدد باربارا دانكان (٢٠٠٢) Duncan, Barbara أهم الأدوار التي يمكن أن تلعبها وسائل الإعلام المتباينة في هذا الصدد، وما يمكن أن يترتب عليها من آثار إيجابية أو حتى سلبية فيما يلي :

١- مواجهة التحيز والتمييز في مجال الإعاقة : هناك العديد من مظاهر التحيز ضد المعوقين، والتمييز بينهم وبين أقرانهم غير المعوقين في المجتمع ذاته وخاصة المجتمعات الأوربية من أهمها تلك الأمور التي تتعلق بالتعقيم أي الخصاء، والتشغيل، والزواج، وغيرها .
٢- الحد من العزلة المادية للمعوقين : عادة ما يتم حدوث قدر لا بأس به من العزلة المادية للمعوقين عن طريق تركيز وسائل الإعلام على ذلك الجزء المعاق من الجسم، وإظهاره للجميع سواء كان يداً، أو ساقاً، أو عيناً، أو ما إلى ذلك . أي أن تلك البرامج التليفزيونية التي عادة ما يقدمها أفراد غير معوقين تركز على جانب القصور لدى الأفراد المعوقين وذلك من وجهة نظر طبية خالصة وهو ما قد يجعل أقرانهم العاديين يقومون إما بتجنبهم أو الشفقة عليهم . ولذلك إذا ما أرادت وسائل الإعلام أن تقوض من مثل هذه العزلة من جانبهم فإنها ينبغي أن تقوم بطبيعة الحال بتقديم صور إيجابية لهم وهم يقومون بأداء العديد من الأمور والأشياء المختلفة مثلنا تماماً، وأن تركز فضلاً عن ذلك على جوانب القوة التي يمكن أن تميزهم، والتي يمكن الاستفادة منها وصقلها لديهم مع الأخذ في الاعتبار أن هناك بعض الموهوبين من بينهم .

٣- مواجهة التحديات الخاصة بتمثيل طيف الإعاقة : نظراً لأن كل فئة من فئات المعوقين تمثل فئة غير متجانسة فإن خبراتهم المختلفة تتباين وتتنوع حتى في إطار الفئة الواحدة وهو الأمر الذي يتطلب تحديد تحديات مختلفة يتم تناولها خلال البرامج الإذاعية، والتليفزيونية، والأفلام السينمائية . ولذا فإن مثل هذه الوسائل يجب أن تعكس اهتماماً بتلك الفئات، وبمشكلاتها بدلاً من تجاهلها، أو التقليل من شأنها ومن شأن أولئك الأفراد ذوي الإعاقات حيث أن وسائل الإعلام عليها في هذا الإطار أن تعكس ما يمكن أن يواجه تلك الفئات من مشكلات وتحديات مختلفة، وكيفية تناولها والتصدي لها .

٤- دعم ومساندة دمج الأطفال ذوي الإعاقات في مدارس التعليم العام : وعادة ما يتم ذلك عن طريق تهيئة الأجواء المناسبة التي يمكن أن يتم الدمج خلالها، وتوفير الفرص المناسبة والظروف التي تساعد على نجاح هذه العملية بما لها من إيجابيات عديدة، وما يمكن أن يكتنفها من مشكلات وسلبيات متباينة، وأن توضح كيفية التصدي لها حتى ينجح ذلك الدمج بالشكل المطلوب .

٥- زيادة الوعي بالإعاقة والمعوقين : وعادة ما يمكن أن يتم ذلك عن طريق إقامة مهرجانات السينما سواء على المستويات المحلية، أو القومية، أو حتى الدولية حيث يمكن تقديم أفلام عن الإعاقة والمعوقين توضح أهم ما يتسمون به، وما يمكن أن يقابلهم من مشكلات مختلفة، وتحديات متباينة، أو عرض أفلام أخرى تضم في بعض شخصياتها من يمثلون المعوقين فعلاً أي شخصيات تعاني من الإعاقة مع عرض وتقديم أفكار معينة عنهم من خلال تلك الشخصيات . وفضلاً عن ذلك يمكن اللجوء إلى المشروعات المدرسية المختلفة التي تناقش الإعاقة والمعوقين بما لهم، وما عليهم يقوم التلاميذ غير المعوقين بأدائها، ومناقشتها، والقيام بالزيارات الميدانية لهؤلاء الأفراد .

٦- الإسهام في تشكيل ثقافة المجتمع فيما يتعلق بالإعاقة والمعوقين : ويمكن أن يتم ذلك من خلال تقديم المعلومات المختلفة سواء عن طريق البرامج المتنوعة أو المقالات، أو الأفلام، أو حتى تخصيص برامج معينة لمناقشة

ما يمكن أن يرتبط بهم من قضايا، وإقامة مهرجانات خاصة بهم؛ أو مسابقات يشارك فيها هؤلاء الأفراد كأن تكون مسابقات رياضية مثلاً، أو فنية، أو علمية، أو ما إلى ذلك .

ونحن نرى أن وسائل الإعلام يمكنها أن تقدم جوانب مشرقة وإيجابية تتمثل في جوانب القوة التي تميز هؤلاء الأفراد، وإبراز ما يمكن أن يتسمون به من مواهب مختلفة، وكيف يمكن أن تمثل تلك الجوانب مجالات يمكن أن يتم دمجهم مع أقرانهم غير المعوقين من خلالها . وفي هذا الإطار يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤- ب) إلى أن هناك العديد من المواهب التي يمكن أن توجد بين المعوقين فالأفراد الموهوبون المعوقون جسمياً على سبيل المثال يتميزون بقدرتهم الفائقة على تطوير مهاراتهم الحياتية المختلفة التي يتمكنون بمقتضاها إلى حد كبير من التغلب على تلك الآثار السلبية التي تترتب على إعاقتهم، والإبداع والإبتكارية، والذاكرة القوية، ومهاراتهم الاستثنائية في حل المشكلات، وتطوير العديد من المهارات التعويضية، وبعض المهارات البصرية . ويتمتع الأفراد الموهوبون المعوقون بصرياً بأن لديهم من القدرات والإمكانات المتميزة ما يتيح أمامهم الفرصة لتحقيق مستوى مرتفع من الإنجاز قياساً بأقرانهم في نفس عمرهم الزمني والذين يعيشون في نفس البيئة معهم ولا يختلفون عنهم في الخبرات التي يكونوا قد مروا بها . ويتحدد مثل هذا الإنجاز بصفة رئيسية في المجالات العقلية، والإبتكارية أو الإبداعية، والفنية . ويتميز أقرانهم الموهوبون المعوقون سمعياً بموهبتهم التي تكاد تتركز في جوانب معينة تتمثل في قدرتهم على التواصل باستخدام الأساليب البديلة والإبتكار في ذلك، أما الجانب الأكبر في إبداع وإبتكارية مثل هؤلاء الأطفال إنما يعد إبداعاً أو إبتكاراً غير لفظي كما يتضح في اللعب وخاصة اللعب التخيلي، والفن وخاصة الرسم، والمرونة المعرفية وخاصة حل المشكلات . بل إن هناك أيضاً إبتكارية لفظية حيث يقوم الطفل من خلال تعلمه لغة أقرانه غير المعوقين بتعلم وابتكار أساليب تمكنه من قراءة حديث الآخرين ومعرفة ما يقصدونه، فيفهم الأفكار بسرعة، ويتذكر المعلومات بشكل أفضل شريطة أن يقف من يتحدث إليه في مواجهته وقريباً منه . أما الموهوبون ذوو صعوبات التعلم فإنهم غالباً ما يؤدون أنشطة إبداعية في بعض المجالات غير المدرسية، وهذا يعني بطبيعة الحال أن عمليات التفكير لدى مثل

هؤلاء الأطفال تظل في الغالب جوانب قوة بينما نجد أن تلك الآليات المتضمنة في القراءة والكتابة والحساب والعد وإنهاء المهام الأكاديمية تمثل صعوبات كثيرة لهؤلاء الأطفال . كذلك فإنهم يتميزون بمهارات عالية في اللغة الشفوية، والقدرة التحليلية، والحدس، والإدراك، ومهارات حل المشكلات، وحب الاستطلاع، والإبداع . كما أنهم يتسمون بقدرتهم المرتفعة على التفكير المجرد، والقدرة الجيدة على التفكير الرياضي، والذاكرة البصرية المتوقدة، والمهارات المكانية المرتفعة، والمفردات اللغوية المتقدمة، وروح البشاشة، والخيال، والبصيرة، وقدرة غير عادية في الهندسة والعلوم والفنون والموسيقى، كما أن لديهم مجموعة كبيرة من الاهتمامات . ويتميز الأطفال الموهوبون الذين يعانون من متلازمة أسبرجر بواحد من نمطين للتفكير يتمثل أولهما في التفكير اللفظي الاجتماعي بينما يتمثل الثاني في التفكير الرياضي والموسيقي القائم على الذاكرة . وفي حين يعتمد النوع الأول على تناقل الكلمات واستخدامها فإن النوع الثاني يسهم في تحقيق البراعة في الفيزياء أو المحاسبة أو الرياضيات . ويمكن للأطفال الذين يتسمون بالنمط الأول من التفكير أن يحققوا النجاح في مجالات الكمبيوتر، والبرمجة، وميكانيكا السيارات، والإعلانات، وتصميم المعدات الصناعية، أو القيام برعاية الحيوانات . أما الأطفال الذين يتسمون بالنمط الثاني فيمكنهم تحقيق النجاح في مجالات الرياضيات، والمحاسبة، والهندسة، والفيزياء، والموسيقى، والمجالات التي تتطلب المهارات الفنية بوجه عام . أما الأطفال المتعسرون في القراءة فقد يكونوا موهوبين من الناحية العقلية، ومع ذلك هناك بعض جوانب للقوة تميز مثل هؤلاء الأطفال تتمثل في ثلاثة جوانب أساسية تتمثل في الإبداع أو الإبتكارية، *creativity* والتآزر الجسمي *Physical co-ordination* فضلاً عن التعاطف مع الآخرين. *empathy with others* ومن جهة أخرى يتميز الأطفال الموهوبون مضطربو الانتباه بالابتكارية والإبداع، كما يبدون مهارة فائقة في القدرة الرياضية وذلك في تذكر الأرقام واستخدامها وتناولها، وتكون قدرتهم على التفكير المجرد مرتفعة بشكل واضح، ويكونوا أسرع من أقرانهم في تعلم المهام المختلفة، كما أنهم يتميزون بمهارتهم في استخدام استراتيجيات ما وراء المعرفة كالتصنيف، والتجميع، واستخدام الأساليب المساعدة على التذكر، واستخدام الأسلوب القائم على

تذكر شيء معين واستخدامه كمثير لتذكر غيره، وتنظيم الأشياء وفقاً لنمطها أو خصائصها المكانية المختلفة .

كذلك فإن وسائل الإعلام يجب أن تهتم بتوعية أفراد المجتمع بحقوق ذوي الاحتياجات الخاصة، وأن تعكس لهم خبرات الدول المتقدمة في هذا الصدد، وأن تتبنى حملات مختلفة لتوضيح ذلك فتظهر مدى الحاجة إلى قوانين وتشريعات مختلفة يكون من شأنها أن تسهم في تناول مختلف الأمور الخاصة بهم، وتنظمها حتى نحمي حقوقهم، ونضمن لهم حياة كريمة . ويجب على وسائل الإعلام أن توضح ذلك للجمهور عامة، وأن تعكس صورهم الحقيقة لعامة الناس، وأن تبين لهم كيف يمكن لنا أن نقوم بتغييرها إلى الأفضل، وأن تسهم في تغيير اتجاهات الأفراد غير المعوقين نحوهم، وأن تزيد من تفاعلاتهم معهم حيث تساعدهم على أن يتقبلوهم بينهم، وأن يشاركوهم ما يقومون به . كما يمكن لها أن تعقد مسابقات للأطفال في سن المدرسة تطلب منهم خلالها أن يوضحوا كيف يمكننا أن نقوم بدمج التلاميذ المعوقين في المدرسة، وفي المجتمع ككل مما يكون من شأنه أن يعزز الثقة في أنفسهم، ويزيد من اعتمادهم على أنفسهم .

تفعيل دور وسائل الإعلام

بعد أن قمنا باستعراض ذلك الدور الذي يمكن أن تلعبه وسائل الإعلام في سبيل دمج التلاميذ ذوي الإعاقة مع أقرانهم غير المعوقين في المدرسة وفي المجتمع بصفة عامة يمكننا في النهاية أن نقترح بعض التوصيات التي يمكن أن تعمل على تفعيل ذلك الدور الخاص بوسائل الإعلام فيما يتعلق بالإعاقة، وتقبل المعوقين، ودمجهم في المدرسة والمجتمع ككل، وفي تفعيل برامج التنمية البشرية لذوي الاحتياجات الخاصة وذلك على النحو التالي :

١ - أن تكون هناك خطة قومية محددة المعالم للتنمية البشرية في قطاع ذوي الاحتياجات الخاصة يتم الدمج الشامل في إطارها وتقوم وسائل الإعلام بتوعية أفراد المجتمع بها، وتهيئتهم لتقبلها، والعمل على نجاحها .

٢ - أن تعمل وسائل الإعلام المختلفة على تحديد المتطلبات اللازمة للدمج الشامل في المجتمع وفق إمكاناته، وتحديد حد أدنى منها لا يجوز التنازل

عنه، ووضع تلك المتطلبات في إطار منظومة تنموية معينة ينبغي توفيرها وتفعيلها مع ضرورة الاستفادة من خبرات الآخرين التي يتم عرضها خلال المواد الإعلامية المختلفة في هذا الصدد .

٣- أن يتم إعداد الأفلام التسجيلية والقصيرة حول الأفراد المعوقين، وأن تقام المهرجانات الخاصة بهم، وأن تتبنى وسائل الإعلام القيام بحملات مختلفة للتوعية تسهم في تغيير اتجاهات أفراد المجتمع نحو المعوقين فضلاً عن حملات أخرى للمطالبة بحقوق هؤلاء الأفراد، والإسهام في دمجهم في التعليم والمجتمع بصفة عامة مما يكون من شأنه أن يقلل من عزلتهم المادية، ويساعد على انخراطهم في المجتمع واندماجهم فيه .

٤- أن تهتم وسائل الإعلام بتقديم صورة صحيحة ودقيقة عن الأفراد ذوي الإعاقات مع اختلاف فئات الإعاقة التي ينتمون إليها، بل والتي يعانون منها في الواقع، وأن تهتم على الجانب الآخر بتقديم نماذج فعلية لهم يمكنهم الاقتداء بها وتحقيق الاستفادة المرجوة منها، وتسعى إلى مشاركة أفراد منهم في الكتابة، والتمثيل، والتأليف، وما إلى ذلك حتى تنقل صورتهم بشكل دقيق إلى أعضاء المجتمع وعلى وجه الخصوص من أولئك الأفراد غير المعوقين .

٥- أن تعمل وسائل الإعلام على استجلاء أهمية الدمج الشامل لهؤلاء الأطفال منذ مرحلة الروضة، ومن ثم ينبغي إنشاء رياض أطفال أو مراكز متخصصة للإعاقات والمواهب يتم اكتشاف وتقييم تلك الحالات فيها، وتحديد مدى استفادتها من البرنامج المستخدم، بل ومن التربية الخاصة بصفة عامة، وكيفية تفاعلها مع خطة التنمية البشرية المنشودة، واقتراح أفضل الأساليب التي عادة ما يكون من شأنها أن تساعدها على الاستفادة منها .

٦- أن يتم الاهتمام بدور وسائل الإعلام في الاكتشاف المبكر للإعاقات والمواهب بين الأطفال، وتحديد البرامج الخاصة بكل فئة، وكيفية تنمية ما تبقى لديهم من قدرات وهو ما يسهم في تفعيل خطط التنمية البشرية وسياساتها في هذا الصدد .

٧- أن تعمل وسائل الإعلام على توضيح الصورة الصحيحة للتربية الخاصة والتأهيل، وكيفية دمج هؤلاء الأطفال وذلك خلال البرامج التي يتم تقديمها إعلامياً .

ومن هذا المنطلق سوف يكون لوسائل الإعلام دور هام وأساسي في هذا الإطار يمكن من خلاله أن يتم مساعدة الأفراد ذوي الإعاقات على أن يندمجوا في التعليم، بل وفي المجتمع بشكل عام مع أقرانهم غير المعوقين وهو الأمر الذي يمثل هدفاً أساسياً نسعى جميعاً إلى تحقيقه حتى يصير بوسعنا أن نساعد هؤلاء الأفراد على تحقيق الاستفادة من جوانب قوتهم، ومحاولة التغلب على نواحي القصور التي يعانون منها .

*   *   *

مراجع الفصل الثالث

السيد على سيد أحمد (٢٠٠٦). اتجاهات أفراد المجتمع نحو المعاقين ودور وسائل الإعلام في تعديلها . أكاديمية التربية الخاصة بالرياض، **المجلة العربية للتربية الخاصة**، ٩ ، ١٥٣- ١٩٦ .

دانيال هالاهان، وجيمس كوفمان (٢٠٠٨). **سيكلوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم : مقدمة في التربية الخاصة** (ترجمة عادل عبدالله محمد) . عمان : دار الفكر للنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٠٧) .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤- أ). **الإعاقات الحسية** . القاهرة : دار الرشاد .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤- ب). **الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات** . القاهرة : دار الرشاد .

عبدالحميد يوسف كمال (٢٠٠٥). التأهيل المرتكز على المجتمع منهج معاصر لرعاية وتأهيل وتشغيل المعوقين . **المؤتمر العلمي الأول لجمعية التأهيل الاجتماعي للمعوقين بالشرقية** . الزقازيق ٢٢- ٢٤/ ٨ .

Bailey, D. (2000). The federal role in early intervention: Prospects for the future. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20, 71- 78.

Barry, S. (2003). *European congress on media and disability; Final report*. Athens: June 13- 14.

Crockett, J.,& Kauffman, J. (2001). The concept of the least restrictive environment and learning disabilities: Least restrictive of what? Reflections on Cruickshank`s 1997 guest editorial for the Journal of Learning Disabilities. In D. Hallahan& B. Keogh (Eds.). *Research and global perspectives in learning disabilities: Essays in honor of William Cruickshank* (pp. 147- 166). Mahwah, NJ: Erlbaum .

Duncan, B. (2002). Summary of the event and its impact and outcomes. *International Experts Meeting on Mass Media and Disability*. Moscow, Russia: September 26- 29.

Hallahan, D.,& Kauffman, J. (2007). *Exceptional learners: Introduction to special education* (10th ed.). New York : Allyn& Bacon .

Laski, F. (1991). Achieving integration during the second revolution. In L. Meyer; C. Peck,& L. Brown (Eds.). *Critical issues in the lives of people with severe disabilities* (pp.409- 421). Baltimore, MD: Paul H. Brooks .

Nelson, J. (2000). The media role in building the disability community. *Journal of Math Media Ethics*, 15 (3), 114- 130.

Odom, S. (2000). Preschool inclusion: What we know and where we go from here. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20, 20- 27.

Oliver, M. (1996). *Understanding disability from theory to practice*. London: Macmillan Press Ltd.

Roper, L. (2003). *Disability in Media*. London: Stirling Media Research Institute.

Sailor, W. (1991). Special education in the restructured school. *Remedial and Special Education*, 12 (6), 8- 22.

Stainback, S.,& Stainback, W. (1992). Schools as inclusive communities. In W. Stainback& S. Stainback (Eds.). *Controversial issues Confronting special education: Divergent perspectives* (pp. 29- 43). Boston: Allyn& Bacon.

Strain, P. (2001). Empirically- based social skills intervention: A case for quality of life improvement . *Behavioral Disorders*, 27, 30- 36.

Trepagnier, C. (1996). A possible origin for the social and communicative deficits of autism. *Focus on Autism and Developmental Disorders*, 11 (3), 286-298 .

Volkmar, F. (1996). Brief report: Diagnostic issues in autism, results of DSM-IV field trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26 (1), 33- 47

Williams, K. (2001). Understanding the student with Asperger syndrome: Guidelines for teachers. *Intervention In School and Clinic*, 36, 287- 292.

* * *

القضية الرابعة

زواج الأفراد
ذوي الإعاقات

مقدمـة

شـرع الله سبحانه وتعالى الزواج حتـى يمكن أن تستمر الحياة علـى الأرض، ويستمر الإنسان فـي القيام بالهدف الذي خلقه الله سبحانه من أجلـه وهو عمـارة الكون . وعلى هذا الأساس فقد أوجد الله في الإنسان دافعين يندرج كلاهما في إطار الدوافع الفطريـة أو الأوليـة وهـي تلك الدوافع التـي لا تتطلب التعلم حيث يولد الإنسان مزوداً بها . وإذا كانت الدوافع الأولية تعمل إما للحفاظ على الحياة، أو للحفاظ على النوع فإن هذين الدافعين كليهما إنما يعملان وفق هذا الهدف الأخير فيختصان في الواقع بالحفاظ على النوع . ويتمثل هذان الدافعان فـي دافع الجنس، ودافع الأمومة أو الأبوة .

ومن المعروف كما أشرنا أن مثل هذه الدوافع لا تتطلب من الإنسان أن يقوم بتعلمها لأنه يولد مزوداً بها، ولكن ما يختلف هو ذلك الأسلوب الذي يقوم بإتباعه في سبيل إشباعها وهو الأمر الذي عادة ما يدخل فـي إطـار الدوافع الثانوية، وهذا يختلف بطبيعة الحال من مجتمع إلـى آخر وإن ظل الجميع يعطـي لهذين الدافعين اعتبارهما وفقاً لمثل هذه الأهمية المنوطة بهما . فالجنس ليس هدفاً في حد ذاته مع التسليم بأهميته والحاجة إليه، بل إن هدفه الأسمى هو التناسل الذي يعد بمثابة السبيل الوحيد لبقاء النوع وهو الأمر الذي يتحقق شرعاً عن طريق الزواج ومن خلاله . وهناك من الأحاديث الشريفة ما يدعونا إلى ذلك حيث يقول رسولنا الكريم صلى الله عليه وسلم " **تناكحوا، تناسلوا فإني مباه بكم الأمم يوم القيامة** " . ثم يأتي دور الدافع الآخر وهو الأبوة والأمومة ليتم من خلاله وبواسطته إعداد ذلك الجيل الجديد أي ناتج التناسل للحياة، وخدمة المجتمع والبشرية، بل والاستمرار في عمارة الكون بكل أبعاد ذلك الأمر ومتغيراته .

وهنا تواجهنا حقيقة هامة بل وغاية في الأهمية تتضمن نقطتين جوهرتين تتمثل الأولى في أن الزواج لا بد أن يرتبط به موضوع آخر هو القوامة، وتتمثل الثانية

فيما يعرف بطبيعة النسل وما يتعلق به من تحسين النسل . وفي هذا الإطار نجد أن القوامة تتطلب المسئولية إدراكاً، وممارسة أي أن يدرك الفرد مسئوليته عن تلك الأسرة التي تكونت على أثر الزواج، وأن يشعر بذلك، بل وأن يمارس مثل هذه المسئولية وما يرتبط بها من أدوار مختلفة هي تلك الأدوار الاجتماعية التي تنشأ على أثر ذلك وهو الأمر الذي يتطلب في الأساس أن تكون هناك مهنة معينة يمتهنها ذلك الشخص وتدر عليه الربح والمال اللازم لأسرته كي يوفر لها ما تحتاج إليه من متطلبات ضرورية للحياة على الأقل . فلا بد إذن أن يكون الرجل زوجاً صالحاً، وأباً صالحاً، وأن يمارس تلك المسئولية، وأن يكون أهلاً لها، أي لا بد أن يتوفر فيه الجدارة والأهلية لذلك وهو ما يساعده على تسيير وقيادة دفة الأمور في تلك الأسرة . كما ينبغي من جهة أخرى أن تكون المرأة كذلك على قدر مناسب من المسئولية كزوجة، وأم ترعى المصالح، وتربي الأبناء . أما النقطة الثانية والتي تتعلق بطبيعة النسل وما يرتبط به من تحسين النسل فهي ترجع في الواقع إلى أن ذلك النسل إنما يعد بمثابة ناتج الوراثة، والوراثة هي انتقال السمات من الأجداد والآباء إلى الأبناء والأجيال التالية بمعنى أن البرنامج الوراثي الذي ينتقل إلى الأبناء إنما يكون نصفه من الأب، ونصفه الآخر من الأم بطبيعة الحال وهو ما يتضح في أزواج الكروموزومات التي يبلغ عددها ثلاثاً وعشرين والتي تؤلف في مجملها الخلية البشرية . ومن ثم فقد تنتقل كروموزومات معينة إلى الأبناء بها عيوب، أو أمراض، أو اضطرابات، أو حتى إعاقات كما هو الحال في الإعاقات العقلية أو البصرية أو السمعية أو صعوبات التعلم، أو حتى الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية، أو غيرها . وهذا من شأنه أن يثير العديد من التساؤلات بخصوص زواج الأفراد ذوي الإعاقات على اختلاف الفئات التي ينتمون إليها أو يندرجون في إطارها .

وفضلاً عن ذلك فإن هناك نقطة أخرى لها أهميتها وهي أن الإنسان لكي يتزوج لا بد أن يصل إلى درجة معقولة ومقبولة من النضج الجنسي يتمكن على أثرها من تحقيق الإشباع الجنسي اللازم للطرفين موضوع العلاقة الجنسية من ناحية، ويتمكن كذلك من الإنجاب أو التناسل من ناحية أخرى . وفي الواقع فإن هذا الأمر يتعلق به أمر آخر يرتبط بطبيعة الأعضاء التناسلية، ومدى وجود عيوب أو

أوجه قصور بها يكون من شأنها أن تحول دون إتمام عملية التناسل التي نتحدث عنها . وكذلك فهناك ما يعرف بالجنسية *sexuality* وليس الجنس *sex* وهو الأمر الذي يتعلق بالأفكار، والمعتقدات، والانفعالات، والتقبل، والجاذبية الجنسية، والأدوار الجنسية، *sex roles* وغير ذلك من أمور عادة ما يكون من شأنها في واقع الأمر أن تسهم في اكتساب الفرد وتحقيقه لهوية معينة تضم بين مكوناتها الهوية الجنسية *sexual identity* كمكون أساسي فيها، وما قد يرتبط بذلك من أدوار جنسية *sex roles* ينبغي على الفرد أن يتعلمها، وأن يؤديها كي يتمكن من تحقيق هوية معينة في النهاية تترك أثرها عليه وعلى أسرته وأبنائه . ووفقاً لذلك فإن مثل هذه الخصائص إنما تسهم بصورة أساسية في أن تضفي على الفرد الصفة التي تتسم مع جنسه البيولوجي فتجعلنا نصف الفرد الذكر بأنه يمتلك خصائص ومقومات الذكورة، وتضفي على الأنثى مقومات الأنوثة .

وإذا ما عدنا من جديد إلى موضوعنا الأساسي هنا والذي يتعلق بإمكانية أن يتزوج الفرد الذي يعاني من إعاقة معينة، أم أنه يجب ألا يتزوج، أو أن الأمر كما يدعي البعض هو أن الكثيرين من هؤلاء الأفراد لا يصح لهم أن يتزوجوا فإننا نجد أن كل رأي من هذه الآراء جميعها له مؤيدوه، وله مناوئوه . ووفقاً لذلك هناك من يرى أنهم ينبغي ألا يتزوجوا، ويقدمون أسبابهم في ذلك بغض النظر عما إذا كانت مقنعة أم لا، وهناك من يرى أن منهم من لا يمكنهم أن يتزوجوا، ويبررون وجهة نظرهم تلك، وهناك من يرى من جهة ثالثة أن بوسعهم أن يتزوجوا، وأن ينجبوا، وليس في ذلك حرج، ويقدمون مبررات لرأيهم هذا . ونحن نرى أن نتناول هذا الموضوع بصورة مغايرة، وألا نكون مع هذا الفريق أو ذاك، أو ضد هذا الرأي أو ذاك حيث نرى أن نفكر في الأمر من كل زواياه بشكل علمي ومنطقي، وأن نتناول شروط ومقومات الزواج الناجح، ثم نقوم بقياس وضع الأفراد ذوي الإعاقات على كل منها، ونترك الفرصة لنا جميعاً لكي نقرر في ضوء ذلك هل يتزوجوا أم لا .

شروط ومقومات الزواج الناجح

وفقاً لتلك الرؤية التي عرضنا لها على امتداد الصفحات السابقة وما تتضمنه من محاور متعددة تتعلق بعدد من الأمور التي تمثل متطلبات وشروط يتوقف عليها

نجاح الزواج بصفة عامة، وتحقيق التوافق الأسري بين طرفي العلاقة الزوجية تتشكل أفكارنا ومفاهيمنا وأحكامنا حول إمكانية أن يتم الزواج بين أعضاء هذه الفئات سواء داخل الفئة الواحدة، أو بين الفئات المختلفة، أو بينها وبين أعضاء آخرين من خارج هذه الفئات . وهنا فإننا نتناول كلاً من هذه الأمور أو الشروط والمتطلبات بالتحليل، ونقيس عليه الأمر بالنسبة لذوي الاحتياجات الخاصة حتى تتضح لنا إمكانية أن يتم مثل هذا الزواج . وتتمثل تلك الأمور أو الشروط والمتطلبات فيما يلي :

١- التقبل .
٢- حسن المعاشرة .
٣- القوامة .
٤- المهنة وما يرتبط بها من مكانة .
٥- الدخل اللازم للإنفاق على الأسرة .
٦- الجنسية . *sexuality*
٧- أوجه القصور ذات الصلة بالجهاز التناسلي لدى بعض هذه الفئات دون بعضها الآخر بطبيعة الحال .
٨- النضج الجنسي .
٩- القدرة على تحقيق الإشباع الجنسي .
١٠- التناسل وتحسين النسل .

وسوف يتم تناول مثل هذه الأمور من زواياها المختلفة خلال الفصل الحالي مع تقييم شامل لها .

أولاً : التقبــل

يمثل التقبل أول الخطوات التي يتوقف عليها إتمام الزواج أولاً، ثم نجاحه بعد ذلك حيث أنه بدون التقبل لا يمكن أن يوافق أي فرد على أن يرتبط بشخص آخر ليكون شريكاً له يعيش معه باقي حياته، ويكمل عمره بين أحضانه . وهذا يعني أنه لكي يرتبط شخصان ببعضهما البعض في علاقة زواج لا بد أن يتقبل كل منهما الآخر، وأن يوافق عليه، ويرضى به وعنه وهو الأمر الذي يتطلب منهما أن يكون

لدى كل منهما اتجاه إيجابي نحو الآخر يسهم في أن تتكون علاقة حب بينهما ليصير بينهما مودة ورحمة . وهنا يبرز عدد من الاحتمالات التي تتعلق بالزواج في تلك الحالة وذلك على النحو التالي :

أ- أن يرتبط الفرد المعوق بشريك آخر غير معوق .

ب- أن يرتبط الفرد المعوق بشريك آخر معوق . وهناك احتمالان لهذه الحالة يتمثلان في الاحتمالين التاليين :

- أن يرتبط الفرد المعوق بشريك آخر من نفس فئة الإعاقة .
- أن يرتبط الفرد المعوق بشريك آخر من أي فئة أخرى من فئات الإعاقة.

وفي مثل هذه الحالة فإننا يجب أن نتناول اتجاهات أفراد المجتمع نحو الأفراد ذوي الإعاقات أولاً، وإمكانية أن يساعدوهم على أن يندمجوا معهم في الحياة بصفة عامة، ثم الارتباط بهم في علاقات زوجية وهو الأمر الذي يعكس التقبل .

اتجاهات أفراد المجتمع نحو ذوي الإعاقات

مما لا شك فيه أن اتجاهات أفراد المجتمع نحو الأفراد ذوي الإعاقات بصفة عامة تعد بمثابة أحد أهم الأمور التي ينبغي أن نوليها قدرها المناسب من الاهتمام لأن مثل هذه الاتجاهات تعد عاملاً دالاً في تحديد خبرات الحياة، وما يتاح أمام مثل هؤلاء الأفراد من فرص فضلاً عن تلك السلوكيات المختلفة للبحث الذاتي *self-seeking behaviors* من جانب هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات . ومن المعروف أن مثل هذه الاتجاهات قد تكون سلبية، أو إيجابية على الطرف الآخر، أو تكون محايدة . وهنا فإن السلوكيات المحايدة قد تشجع، وقد لا تشجع هؤلاء الأفراد على الاندماج في المجتمع *mainstreaming into society* وذلك وفقاً للظروف التي يتعرضون لها، أو الخبرات التي يمرون بها . فقد يشجعهم ذلك في مواقف معينة يرون فيها أن الأفراد غير المعوقين لا يتخذون منهم موقفاً سلبياً على الأقل مما قد يدفعهم على الاستمرار في الخبرة، وقد يحول ذلك دون استمرارهم فيها في موقف آخر نظراً لأنهم قد يرون أن ذلك لا يتضمن موقفاً واضحاً تماماً تجاههم كما هو الحال في تلك الأمور ذات الصلة بالزواج مثلاً، أو ما إلى ذلك . أما الاتجاهات الإيجابية فإنها دائماً ما تشجعهم على الاندماج في المجتمع لأنها عادة ما تتضمن

موقفاً صريحاً ومشجعاً، وعادة ما يكون من شأنه أن يجعل أولئك الأفراد ذوي الإعاقات يقبلون على أقرانهم غير المعوقين ويتحركون نحوهم وفقاً لمصطلح كارين هورني Horney وبالتالي يقبلون عليهم . بينما نجد أن الاتجاهات السلبية تتضمن هي الأخرى موقفاً صريحاً منهم، ولكنه عادة ما يكون مثبطاً، وعادة ما يكون من شأنه أن يجعلهم يتحركون بعيداً عن الأفراد الآخرين، فيبتعدون عنهم، وربما يتحركون ضدهم في أحيان أخرى .

ووفقاً لذلك يرى عادل عبدالله (٢٠٠٤- أ) أن اتجاهات الأفراد غير المعوقين إنما تمثل في ذاتها واحدة من أهم المشكلات التي يواجهها الأفراد ذوو الإعاقات حيث تنشأ مشكلاتهم جميعها في الأساس من مشكلتين اثنتين تتعلق الأولى بنقص المهارات اللازمة لهم كي يتمكنوا من الاندماج في الحياة مع الآخرين وذلك نتيجة لإعاقتهم، أما الثانية فتتعلق باتجاهات الآخرين غير المعوقين نحوهم . وإذا كان بإمكاننا أن نساعدهم على تعلم تلك المهارات التي تنقصهم وذلك إلى الحد الذي يساعدهم على تحقيق قدر مناسب من التوافق الشخصي والاجتماعي فإن الأمر يختلف تماماً بالنسبة لتغيير اتجاهات غير المعوقين نحوهم ونحو إعاقتهم، ولذلك فإن القدر الأكبر من تلك المشكلات التي يواجهها مثل هؤلاء الأفراد بشكل عام إنما يرجع إلى اتجاهات الأفراد غير المعوقين نحوهم وهو الأمر الذي يتطلب تعديل وتغيير تلك الاتجاهات حتى يتمكنوا من مسايرتهم، واكتساب الثقة في أنفسهم وفي قدراتهم وإمكاناتهم حيث إن هناك من بينهم من هو موهوب، ومن يستطيع أن يحقق ما قد يصعب على غيره من الأقران غير المعوقين تحقيقه . كذلك فإن تغيير مثل هذه الاتجاهات نحو الأفراد ذوي الإعاقات بصفة عامة من شأنه أن يساعدهم على اكتساب أو بناء الثقة من جانبهم في الأفراد غير المعوقين، وعندئذ سوف يقبلون عليهم، ويتفاعلون معهم، ويشاركونهم أنشطتهم الاجتماعية المختلفة وهو الأمر الذي يمكنهم دون شك من الاندماج معهم، وبالتالي تقل وحدتهم أو عزلتهم، وتزداد مشاركاتهم الاجتماعية فيتحسن مستوى نموهم الاجتماعي والانفعالي حيث يشعرون بفاعلية الذات *self- efficacy* وهو الأمر الذي يسهم في تحقيقهم لقدر معقول من التوافق *adjustment* بما له من تأثير واضح في تلك الأمور ذات الصلة بالزواج .

وعلى هذا الأساس فإن اتجاهات أفراد المجتمع نحو الأفراد ذوي الإعاقات بصفة عامة إنما تمثل في حد ذاتها كما يرى تشين وآخرون (٢٠٠٢) Chen et al. أحد أهم الحواجز أو العقبات الخفية التي عادة ما يكون من شأنها أن تحول دون تحقيق التأهيل الناجح لمثل هؤلاء الأفراد، وبالتالي فإنها تحول دون اندماجهم الكامل والناجح في المجتمع حيث يبدو وكأنها تنسج للطرفين جزيرتين متجاورتين وليستا متداخلتين .

الاتجاه نحو الزواج من أفراد ذوي إعاقات

إذا كانت مثل هذه الاتجاهات في هذا الصدد قد حازت على قدر كبير من البحوث والدراسات فإن هناك قدراً ضئيلاً من الدراسات التي تم إجراؤها في مجال الزواج، والعلاقات الزواجية، وما يرتبط بها من إجراءات سابقة على الزواج، أو إقامة العلاقات الغرامية . ومع ذلك فإن النتائج التي أسفرت عنها مثل هذه الدراسات تؤكد على وجود اتجاهات سلبية نحو إقامة علاقات غرامية مع هؤلاء الأفراد، أو الارتباط بهم، وإقامة علاقات زوجية . ومن ثم فإن مثل هذا الأمر إنما يتطلب منا أن نقوم بعدد من الإجراءات في سبيل مساعدة من يمكنه الزواج من أعضاء تلك الفئات على أن يحيا حياة مستقرة وهنيئة أو سعيدة . وهذه الإجراءات هي :

١- التعرف على تلك الاتجاهات وتحديدها .
٢- عدم الاكتفاء بالتقييم السيكومتري لتلك الاتجاهات .
٣- عدم الاكتفاء بالتعرف على المتغيرات الشخصية أو حتى المتغيرات الديموجرافية التي ترتبط بهذه الاتجاهات .
٤- الوصول إلى تقييم صحيح لهذه الاتجاهات .
٥- العمل على تعديل مثل هذه الاتجاهات بالأساليب والاستراتيجيات المناسبة.

ومن المعروف أن مثل هذه الاتجاهات لا تكون عادة على نفس الوتيرة بالنسبة لجميع الأفراد من كل فئات الإعاقة، ولكنها تختلف باختلاف فئة الإعاقة ذاتها . وفي هذا الإطار فإننا عادة ما نجد أن اتجاهات الأفراد غير المعوقين نحو الأفراد ذوي صعوبات التعلم قد لا تختلف كثيراً عن اتجاهاتهم نحو غير المعوقين، وتكون

اتجاهاتهم نحو الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية إيجابية . أما اتجاهاتهم نحو ذوي الإعاقة البصرية فتأتي بعد ذلك، يليها بكثير اتجاهاتهم نحو ذوي الإعاقة السمعية في حين نجد أن اتجاهاتهم نحو الأفراد ذوي الإعاقات النمائية عادة ما تكون سلبية. وهذا ما يجعل من مسألة زواج الأفراد ذوي صعوبات التعلم أمراً هيناً، وقد لا يعارض فيه الكثيرون لأنهم يجدون في مثل هؤلاء الأفراد أناساً مثلهم، ولكنهم قد لا يفضلون الدراسة ولا يميلون إليها فضلاً عن تمتعهم بقدر مناسب من حسن المعاشرة . وقد يتوقف الأمر بالنسبة لزواج الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية على مدى تقبل الأفراد غير المعوقين لهم، ولموضوع الزواج منهم، ومدى قدرتهم على أداء الأعمال المناسبة حتى بعد لجوئهم إلى أساليب التكنولوجيا المساعدة التي تلائم ظروفهم والتي تساعدهم على تحدي إعاقتهم وعدم الاستسلام لها . أما ذوو الإعاقة البصرية فإنهم يندمجون في المجتمع بصورة كلية، ويتم تقبلهم من الغالبية العظمى إلا أن الواحد منهم عادة ما يحتاج إلى من يقوده من الآخرين، وإن كانت التكنولوجيا المساعدة تقدم بعض الوسائل التي تجعل بوسعه أن يسير مستقلاً عن الآخرين . ومن ثم فقد لا يمانع الكثيرون من الزواج من أفراد معوقين بصرياً ومن الوصول معاً إلى قدر مناسب من حسن المعاشرة .

ومن جهة أخرى فإن من يتعامل مع ذوي الإعاقة السمعية يحتاج أن يتعلم لغة التواصل معهم والتي عادة ما تتمثل في لغة الإشارة . وهنا فإن الكثيرين يجدون أن من الأنسب للواحد من هؤلاء الأفراد أن يرتبط بزوجة على شاكلته حتى يتمكنا من تحقيق التوافق المطلوب في هذا الإطار . أما الأفراد ذوو الإعاقات النمائية على الجانب الآخر كهؤلاء الأفراد الذين يعانون من الإعاقة الفكرية، *intellectual disability* أو متلازمة أعراض داون، *Down syndrome* أو اضطراب التوحد *autism* فإنهم يعانون من قصور في قدراتهم العقلية يحول دون قيامهم بالعديد من مهام الزواج ومتطلباته، أو امتهانهم لأي مهنة ذات قيمة إلى جانب معاناتهم من قصور في العديد من المهارات الحياتية أو التكيفية، ووجود انخفاض في نسب احتمالات قدرتهم على الإنجاب أو تحسين النسل إذا حدث الإنجاب فضلاً عن وجود قصور في الجانب الجنسي لديهم سواء في نضج الأعضاء التناسلية أو النضج الجنسي أو في قدرتهم على الأداء الوظيفي الجنسي المشبع مما يكون له

أكبر الأثر في تكوين الاتجاهات السلبية نحوهم بصفة عامة، وفي تكوين الاتجاهات السلبية نحوهم فيما يتعلق بموضوع الزواج على وجه الخصوص . ومن الأمور التي يمكن أن تضاف إلى ذلك أن البعض لا يزال ينظر إليهم بقدر من الخجل، ولا يزال يرى فيهم وصماً لهم *stigma toward them* قد يجعلهم يبتعدون عنهم، ولا يفضلون حتى الاختلاط بأسرهم أو الزواج من تلك الأسر مع العلم بأن هذا الزواج لن يكون من هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات .

ثانياً : حسن المعاشرة

الزواج هو المودة والرحمة والسكن كما أوجده الله سبحانه وتعالى بين البشر . ولكي يتحقق كل ذلك لا بد من وجود عشرة طيبة بين الزوجين تقوم في أساسها على الحب والتقبل والود . ومن ثم لا بد أن يعامل كل من الزوجين الطرف الآخر أي شريكه أو قرينه بالمعروف وبالحسنى فيراعي الله في كل ما يقول، وكل ما يفعل . وعلى هذا الأساس فإن هذه الأمور لا بد أن تعكس معاملة حسنة، وعشرة طيبة تعرف في الأصل بحسن المعاشرة وهي ما تتطلب إدراكاً سليماً، وتقديراً جيداً للأمور، ونضجاً معرفياً واجتماعياً وانفعالياً ذات مستوى مناسب يساعد الفرد في تحقيق ذلك وهو ما يتوفر لدى بعض فئات الإعاقات دون بعضها الآخر مما يجعل الزواج لدى تلك الفئات التي لا يتوفر فيها هذا الشرط يفقد مقوماً أساسياً من تلك المقومات اللازمة لنجاحه .

ومن الجدير بالذكر أننا لكي نتمكن من الوصول إلى حسن المعاشرة حتى خارج حدود العلاقات الزوجية فإننا يجب أن نخالق الناس بخلق حسن كما أمرنا رسولنا الكريم صلى الله عليه وسلم، فما بالنا إذا كان الأمر يتعلق بالعشرة بين الزوجين وهو الأمر الأحق أن نتبع فيه مثل هذه الأخلاق الحسنة . وفي محاولة للوصول إلى مثل هذا الأمر بين الأفراد بصفة عامة في تعاملهم مع أقرانهم ذوي الإعاقات عامة أكدت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (٢٠٠١) *American Psychological Association APA* في الإصدار الخامس لدليل الكتابة والنشر العلمي *publication manual* على ضرورة الابتعاد عن التحيز ضد الأفراد ذوي الإعاقات، وضرورة التعامل معهم بشكل لا يختلف عن أقرانهم ممن

لا يعانون من أي إعاقات . كما أكدت على أن يتضمن عدم التحيز ناحيتي القول والفعل، ومن أهمها ألا نستخدم في تعاملنا معهم أي صفة تتعلق بتلك الحالة التي يعانون منها فلا نقول مثلاً الأفراد المعوقين، بل نقول الأفراد ذوي الإعاقات، ولا نقول الأفراد المضطربين انفعالياً أو المرضى، بل نقول الأفراد ذوي الاضطرابات الانفعالية أو ذوي الاضطرابات النفسية أو العقلية . وهذا يؤكد على أنهم أفراد أولاً، ثم أنهم بعد ذلك يعانون من إعاقات أو اضطرابات معينة . وإذا كان هذا هو الوضع العام الذي تتم المطالبة به منذ فترة فما بالنا بما ينبغي أن يكون بين الأزواج حيث يجب أن يكون من الأولى أن تتم مراعاة المشاعر فيما بينهم، وأن يعمل كل طرف منهما على كسب ود الطرف الآخر، واحترامه، وحبه بما يكون من شأنه أن يساعد الطرفين على أن يتمكنا من تحقيق التوافق الزواجي بما يسهم به من تحقيق النظرة الإيجابية للطرفين كليهما من الطرف الآخر مما يمكن أن يكون له أكبر الأثر في استمرار المعاشرة الطيبة بينهما، واستقامة حياتهما الزوجية .

ومما لا شك فيه أن اللغة التي يستخدمها الفرد إنما تعكس بصورة جوهرية اتجاهه نحو من يوجه إليه تلك اللغة، فإذا ما كنا نستخدم في حديثنا مع الأفراد ذوي الإعاقات لغة إيجابية فإن ذلك يوضح اتجاهنا الإيجابي نحوهم، ويسهم في الأساس في تكوين علاقة إيجابية بيننا وبينهم، ويكون لها دور في تحقيق جانب من جودة الحياة بالنسبة لهم . وعلى العكس من ذلك فإن اللغة السلبية بما تعكسه من تقزز منهم، واشمئزاز، وعدم راحة إلى التواجد معهم، وغير ذلك إنما تعكس مشاعر واتجاهات سلبية نحوهم، ولا يمكن أن تؤدي بأي حال من الأحوال إلى إمكانية التعايش معهم بالصورة المقبولة وهي الحالة التي لا بد أن تؤدي حتماً إلى فشل أي علاقات زوجية يمكن أن تنشأ بين الطرفين وذلك على النقيض من الحالة الأولى التي يمكن أن تسهم في إقامة مثل هذه العلاقات، وقيام العشرة بين الطرفين، واستمرار العلاقات المقبولة بينهما إذ أن استخدام اللغة المناسبة في هذا المقام إنما يصف كما يرى أولكين (٢٠٠٢) Olkin إيجابيات الفرد ذي الإعاقة، ويركز عليها، ولا يذكره أن وجود الإعاقة لديه ومعاناته منها إنما يعد بمثابة قصور من جانبه قد يحول بينه وبين تحقيق التعايش السليم والمقبول مع الآخرين . وعلى هذا الأساس فإننا كثيراً ما نجد أن هناك من الأفراد من يفضلون بل ويصرون على

إطلاق مصطلح متحدي الإعاقة على هؤلاء الأفراد حتى يظهرونهم بصورة إيجابية .

وفي هذا الإطار يذهب ويلسون (٢٠٠٣) Wilson إلى أن الأفراد ذوي الإعاقات غالباً ما يخبرون نقص المواءمات، والمشاعر الشخصية السلبية، والتمييز . كما أنهم قد يخبرون مشاعر الحزن، والغضب، والإحباط على أثر الخبرات التي تتعلق بإعاقتهم وهو الأمر الذي يعني أنهم لن يتمكنوا من تحقيق التوافق مع أنفسهم ومع الآخرين نتيجة لعدم تكيفهم مع إعاقتهم وهو الأمر الذي لن يجعل بوسعهم التمكن من المعاشرة الطيبة مع أي فرد آخر على أثر ذلك . ومن ثم فإن مثل هؤلاء الأفراد إذا ما تزوجوا لن يكون بوسعهم أن يتمكنوا من حسن معاشرة القرين أو الزوج مع العلم بأن حسن المعاشرة تعد بمثابة أحد أهم الأمور التي تلزم الزوجين حتى يتمكنا من تحقيق النجاح في زواجهما .

كذلك فإن المعاشرة تتطلب أمرين هامين يتمثل أولهما في النضج الانفعالي، ويتمثل الآخر في القدرة على التواصل الصحيح . وهنا علينا أن نضع في اعتبارنا كما يرى دون ودوفرتي (٢٠٠٥) Dunn& Dougherty أن وجود إعاقة معينة لدى الفرد لا يتيح لنا عادة الفرصة لمعرفة الكثير عنه كشخص حيث غالباً ما ينصب الاهتمام على الإعاقة وليس على الشخص مع أن الأفراد ذوي الإعاقات لهم تاريخ حياتهم الفريد، والخبرات التي تتعلق بإعاقتهم، والخبرات التي يشاركونها مع أقرانهم الآخرين ذوي الإعاقات . كما أنهم في الغالب يؤثرون العزلة الاجتماعية، ويعانون من التمييز والتحيز ضدهم، والوصم من جراء الإعاقة *stigmatization* وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يجعلهم يشعرون بالاختلاف عن غيرهم إذ أن من يعانون منهم من إعاقة واضحة غالباً ما يتأثرون بنظرات الآخرين إليهم، وشفقتهم عليهم، وربما سخريتهم منهم في بعض الأحيان مما يشعرهم بالتهميش *marginalized* في حين يواجه من يعانون من إعاقات غير مرئية كصعوبات التعلم، والإعاقات الصحية مشكلات كثيرة في سبيل إقناع الآخرين بأنهم يعانون من إعاقة معينة . كذلك فإن هناك بعض الأمور الأخرى التي تترك أثرها على خبرة الإعاقة لدى هؤلاء الأفراد من أهمها القدرات الوظيفية، ومستويات الطاقة، والألم، والسن عند بداية الإعاقة، وما إذا كانت مثل هذه الإعاقة ثابتة *static* أم دورية *periodic* أم أنها في الواقع تعد تطورية . *progressive*

كما أنهم يتأثرون أيضاً من جهة أخرى بأسرهم، ومجتمعهم، وتعليمهم المدرسي، وأقرانهم، والمحيطين بهم بصفة عامة وهي الأمور التي تسهم كثيراً في عزلتهم بعد أن تؤثر سلباً على نضجهم الاجتماعي الانفعالي فتجعل الكثيرين منهم يؤثرون البقاء مع أقرانهم ذوي الإعاقات والابتعاد عن الأفراد غير المعوقين فضلاً عما يواجهونه من ضغوط قد لا يتمكنون من مسايرتها، وما يخبرونه من آلام ومشاعر سلبية من جراء إعاقتهم مما يجعلهم قد يجدون صعوبة في مسايرة الأفراد غير المعوقين مما يؤدي في واقع الأمر إلى انخفاض مفهومهم لذواتهم وتقديرهم لها في حين قد يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يكون من السهل تكوين علاقات طيبة مع أقرانهم ذوي الإعاقات .

ومن جهة أخرى فإن القدرة على التواصل والتي تمثل ثاني الأمور اللازمة لحسن المعاشرة إنما تعد ضرورية حتى يتمكن الفرد من تحقيق التفاعلات الاجتماعية اللازمة لاستمرار الحياة حيث لا يمكن للفرد أن يعزل نفسه عن الآخرين، ويعيش بمفرده طالما كان فرداً ناضجاً لا يعاني أي عقد، أو نقائص، أو اضطرابات نظراً لأن الإنسان بطبعه كائن اجتماعي لا يقوى مطلقاً على العيش بمفرده . ونحن نعلم أن التواصل *communication* في أصله يأخذ نمطين فيكون إما لفظياً *verbal* يعتمد في جوهره على استخدام اللغة، أو يكون غير لفظي *nonverbal* يعتمد على استخدام أشياء أخرى غير اللغة كالتعبيرات الوجهية، ولغة الجسم، والإشارات، والتمثيل الصامت، والتواصل أو التلاحم البصري أو التواصل بالعين، *eye contact* وغيرها . وعادة ما تتشكل حواراتنا ومحادثاتنا وتفاعلاتنا بهذا الأسلوب فيستخدم الإنسان اللغة سواء التعبيرية *expressive* أو الاستقبالية *receptive* فيتحدث إلى الآخرين، أو إلى من يحب، أو من يعاشر طارحاً أفكاره، ومعبراً عن أفراحه وأحزانه، فيتحدث الطرفان معاً، ويفرحان معاً، ويحزنان معاً، ويسعدان معاً، ويشارك كل منهما الآخر مشاعره وانفعالاته، بل وحياته كلها عن طريق اللغة . وفي الوقت ذاته يقوم القرين بالإنصات إلى قرينه، ويبدي الاهتمام اللازم لحديثه، فيشعر بالسعادة على أثر ذلك الإنصات، ويحكي له، ويشكي له، ويفصح عما بداخله من انفعالات يتلقاها الطرف الآخر بالشكل المناسب مما يسهم بصورة أساسية في تحقيق السعادة الزوجية والرضا الزواجي مما يكون

من شأنه أن يعمل على تحقيق التوافق الزواجي وهو الأمر الذي يعد ضرورياً في واقع الأمر في سبيل نجاح الزواج .

وحينما لا يتمكن الفرد من استخدام اللغة لأي سبب من الأسباب، أو حتى إذا كان بوسعه أن يستخدمها ولكنه آثر استخدام أساليب بديلة لتحقيق التواصل فإنه يجب أن يعمل في الأساس على تحقيق الهدف الأصلي الذي يتم تحقيقه من خلال اللغة وهو ما عرضنا له في الفقرة السابقة . أي أن التواصل غير اللفظي هنا يجب أن يعمل إما بديلاً للتواصل اللفظي، أو مساعداً له . فإذا لم يتمكن الفرد من استخدام اللغة كأن يعاني من الإعاقة السمعية مثلاً، أو يعاني اضطراباً من اضطرابات اللغة أو اضطرابات التواصل أياً كان نمطه فإن التواصل غير اللفظي حينئذ يجب أن يقوم مقام التواصل اللفظي ويعمل على تحقيق ما يكون قد تم تحديده له من أهداف . كما أنه قد يكون بوسعه من جهة أخرى أن يستخدم اللغة، ولكنه يرى أن يستخدم أساليب أخرى أو بديلة إلى جانب التواصل اللفظي وذلك لتعزيز وتدعيم عملية التواصل وهو ما يسهم في تحقيق الأهداف المنشودة . وبالتالي فإن ذلك لن يضر، ولكنه بدلاً من ذلك قد يفيد بشرط أن تكون مثل هذه الأساليب واضحة ومفهومة للطرفين كليهما لأنها إذا لم تكن مفهومة فلن تفيد، وقد تضر فبعض الأفراد ذوي الإعاقات قد لا يتمكنون من القيام بحركة الجسم بالشكل الصحيح وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يؤدي كما يرى لايف وبرايس (٢٠٠٣) Leigh& Brice إلى حدوث قدر كبير من سوء الفهم حيث قد يكون لتعبيرات الوجه على سبيل المثال العديد من المعاني، كما أنها قد تعكس أموراً متعددة كاستجابة لأشياء محددة وهو ما قد لا يفهمه الطرف الآخر بالصورة المطلوبة فيصدر بالتالي استجابة أخرى غير الاستجابة المنتظرة مما يمكن أن يؤدي إلى التنافر وليس الانجذاب أو الاندماج المطلوب .

وفي هذا الإطار فنحن نرى أن استخدام لغة الإشارة *sign language* إنما يعتمد في الواقع على التعبيرات الوجهية وهو الأمر الذي يعول عليه كثيراً مستخدمو تلك اللغة في سبيل نقل الكثير من المعاني المختلفة . كما أن قراءة الشفاه *lip reading* تعتمد هي الأخرى على ذات الأمر لنقل المعاني المطلوبة . وفضلاً عن ذلك فإن لغة الجسم *body language* قد تعكس كثيراً من تلك الحاجات ذات

الصلة بالإعاقة كالتغيير المستمر لوضع الفرد ذي الإعاقة الجسمية على الكرسي كي يحد من بعض الضغوط التي قد يتعرض لها، أو لكي يقوم بتكييف وضعه كاستجابة لما قد ينتاب الضوء أو درجة الحرارة من تغير . ووفقاً لذلك، فقد تتضارب الرسائل اللفظية التي تصدر عن الفرد ذي الإعاقة مع ما يصدر عنه من رسائل غير لفظية مما يؤدي بمن يتعامل أو يتفاعل معه إلى إساءة تفسير كم ونمط الانفعالات التي يخبرها، وتجاهل الكثير من المدخلات الخاصة به في هذا الإطر ، أو إساءة تقديرها أو تقييمها والحط منها ومن قيمتها وجدواها . ولذلك فإن القرين أو من يتعامل مع الواحد من هؤلاء الأفراد يكون عليه لكي يسهم في نجاح التواصل بين الطرفين أن يغير ويدعم من تلك الحاجات ذات الصلة بالتواصل من خلال عدة أساليب حيث قد يتطلب الأمر كما يرى لايف وبرايس (٢٠٠٣) Leigh& Brice أن تتم زيادة الوقت المخصص للتفاعل مع الفرد ذي الإعاقة، والتعديل في أسلوب الإنصات إلى معدل حديثه وذلك وفقاً لطريقته أو أسلوبه في الكلام . كذلك فإن الفرد ذي الإعاقة البصرية قد يحتاج إلى وصف خاص يتمكن على أثره من توجيه نفسه صوب البيئة المحيطة، وتكوين صورة عقلية مناسبة لها، والتمكن من التحرك الآمن فيها . ومن جانب آخر فإن الفرد الذي يعاني من اضطرابات اللغة والتواصل قد يتطلب أن يتم الصبر عليه بعض الوقت حتى يتمكن من نطق الكلمات بصورة أكثر مناسبة، وبمعدل أفضل .

ووفقاً لذلك فإن بإمكاننا أن نقرر أن الأفراد ذوي الإعاقات النمائية كالإعاقة الفكرية، واضطراب التوحد عادة ما يكون من الصعب عليهم أن يحققوا مثل هذا المطلب من مقومات الزواج حيث يكون مستوى الإدراك وغيره من العمليات المعرفية منخفضاً، ومستوى النمو اللغوي وخاصة لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد منخفضاً للغاية، وكذلك الحال بالنسبة للنمو الاجتماعي والانفعالي وإن تفوق الأفراد ذوو الإعاقة الفكرية في ذلك على أقرانهم ذوي اضطراب التوحد . وفضلاً عن ذلك فإنهم يواجهون مشكلات جمة في تحقيق التواصل مع الآخرين، كما تكون مهاراتهم الاجتماعية متدنية . أما الأفراد ذوو الإعاقات الأخرى كصعوبات التعلم على سبيل المثال فقد لا يواجهون مثل هذه التحديات، وبالتالي فقد يبدو الأمر مختلفاً بالنسبة لهم حيث تكون إعاقتهم تعليمية معرفية مع تمتعهم بمستوى عادي أو

عالي من الذكاء وهو الأمر الذي يجعلهم في موقف مختلف ربما عن كل فئات الإعاقة الأخرى تقريباً . أما الأفراد ذوو الإعاقة السمعية فإنهم يعدون في حاجة إلى إجادة أسلوب التواصل الذي يتفق معهم حتى يتمكنوا من تحقيق ذلك فضلاً عن تقبلهم لوضعهم هذا، ومحاولة التكيف معه . ويحتاج الأفراد ذوو الإعاقة البصرية إلى جانب ضرورة تقبل وضعهم والتكيف معه إلى أسلوب معين يساعدهم على الحركة والتنقل، وتقبل الآخرين لهم، والتواصل الجيد مع الآخرين دون أن ينظر إليهم هؤلاء الآخرون بشفقة مما يسهم في تكوين علاقات طيبة بين الطرفين . وفضلاً عن ذلك فإن الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية عادة ما يكونوا في حاجة إلى تلك الأمور ذاتها حتى تساعدهم على تقبل ذواتهم، وتقبل الآخرين، وتقبل أوضاعهم ومحاولة التكيف معها مما يكون من شأنه أن يساعدهم في تكوين علاقات إيجابية مع الآخرين . أما الأفراد ذوو الاضطرابات السلوكية فعادة ما يكون الأمر مختلفاً بالنسبة لهم حيث يكون عليهم هم أنفسهم أن يتمكنوا من السيطرة على انفعالاتهم، وأن يتقبلوا الآخرين، وأن يحاولوا أن يتعاملوا معهم بصورة طيبة، وأن يتخلصوا من اندفاعيتهم، والتصرف واتخاذ مواقف محددة حيالهم دون ترو أو تفكير كاف يجعلهم أكثر اندماجاً معهم، وأن يفكروا في أولادهم الذين سيتشربون منهم ما يقومون به، وتتكون دورة حياة جديدة مع هؤلاء الأبناء لن تختلف عما يكون قد ارتكبه آباؤهم من مخالفات مختلفة ومتعددة، وخروج على القانون وعدم الامتثال له .

ثالثاً : القوامـــة

ليست القوامة مجرد هيمنة أو سيطرة، وفرض رأي، ولكنها في الواقع مسئولية، وحكمة في التصرف، وتسيير دفة الأمور في الأسرة، وإنفاق، وتوجيه . وفي ذلك يقول الله سبحانه وتعالى في الآية ٣٤ من سورة النساء (الرجال قوامون على النساء بما فضل الله بعضهم على بعض وبما أنفقوا من أموالهم ...) . ومن المنطقي أن تتطلب تلك القوامة القدرة على التفكير، ورجاحة العقل، والحكمة في التصرف، والنضج العقلي، والانفعالي، والاجتماعي، والقدرة المهنية، والقدرة على الاستقلال وكسب العيش . وإذا ما نظرنا إلى فئات ذوي الإعاقة فإننا نجد أن

بعض هذه الفئات يمكنه أن يقوم بذلك سواء بمشقة، أو دون كثير من المشقة، ولكن المهم أن بوسعه أن يقوم بذلك، وأن يتحمل مسئولية الأسرة . وفي مقدمة تلك الفئات ذوي صعوبات التعلم، وذوي الإعاقات الحسية، والجسمية، وحتى ذوي الاضطرابات السلوكية وإن كان يؤخذ عليهم أن تهورهم واندفاعيتهم ونظرتهم العدوانية للآخرين تجعل أبناءهم معرضين لخطر الانحراف بدرجة كبيرة . أما فئات الاضطرابات أو الإعاقات النمائية بصفة عامة وعلى رأسهم ذوي الإعاقة العقلية الفكرية، وذوي اضطراب التوحد على وجه التحديد فيكون الأمر مختلفاً تماماً بالنسبة لهم حيث يكون من الصعب عليهم أن يدركوا مثل هذه الأمور، وأن يتمكنوا من الاستقلال، أو تحمل مسئولية أسرة، أو تصريف الأمور وتسييرها، أو العمل بمهنة ذات مكانة، وتوفير الإمكانات المادية اللازمة للأسرة .

ومن الجدير بالذكر أن مثل هذه الاضطرابات النمائية تضم عدداً من الاضطرابات التي تصيب الطفل في الأساس خلال سنوات نموه . ولتذكير أنفسنا بتلك الاضطرابات فإن بوسعنا أن نعرض لها على النحو التالي :

١ - متلازمة أعراض داون. *Down`s syndrome*

٢ - اضطراب التوحد *autism* والاضطرابات النمائية المنتشرة الأخرى . *other pervasive developmental disorders*

٣- اضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط . *ADHD*

٤- الشلل الدماغي . *cerebral palsy*

٥- الصرع . *epilepsy*

٦- انشقاق النخاع . *spina bifida*

٧- التعرض قبل الولادي للكحوليات والعقاقير الأخرى . *fetal alcohol and drugs*

ويمثل كل من هذه الاضطرابات النمائية في جوهره مشكلة خطيرة تتضمن العديد من أوجه القصور التي تؤثر بالسلب على الأداء الوظيفي اليومي للأطفال، وعلى نموهم النفسي الاجتماعي الانفعالي، وعلى نموهم وقدراتهم العقلية المعرفية، كما أن التعرض قبل الولادي للكحوليات والعقاقير الأخرى يؤدي إما إلى اضطراب التوحد أو إلى الإعاقة العقلية الفكرية وهو الأمر الذي يجعل لمثل هذه

الاضطرابات في النهاية تأثيراً شديداً على هؤلاء الأطفال أنفسهم، وعلى أسرهم، وعلى المجتمع بأسره .

وفي هذا الإطار يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤ـ ب) إلى أن الأفراد ذوي الإعاقة العقلية بشكل عام يكونوا غير قادرين على تحمل أي مسئولية يمكن إسنادها إليهم إذ أن ذكاء الفرد المعوق عقلياً عادة ما يكون أقل من المتوسط ولا يضارع أبناء عمره في أدائه العقلي، كما أنه يقل عن أقرانه أيضاً في معدل نمو المهارات الأساسية، وتكون قدرته علي الاستقلالية، والمحافظة على ذاته في بيئته، وقدرته على التكيف، وإقامة علاقات اجتماعية محدودة بدرجة كبيرة مما يشير إلى وجود قصور في أدائه التكيفي . وكذلك فإن الخلل يكون سائداً في مجالات أخرى تتمثل في القدرة المهنية، وتطبيق ما تعلمه الفرد على مختلف الأنشطة الحياتية، والاستفادة من العقل والمنطق في السيطرة على البيئة، والأنشطة والمهارات الاجتماعية والعلاقات بين الشخصية إلى جانب الإنجازات الاجتماعية والمهنية . وفضلاً عن ذلك فإن الإعاقة العقلية الفكرية إنما تترك آثاراً سلبية تنعكس بشكل مباشر على مختلف مظاهر سلوك الفرد وذلك بدرجات ونسب متفاوتة، فهي تنعكس على أدائه في القدرات العقلية والمعرفية، وتنعكس كذلك على قدرته على التكيف الاجتماعي، وعلى اتزانه الانفعالي، وعلى سمات شخصيته ككل .

ومن أهم السمات التي تميز مثل هؤلاء الأفراد عدم القدرة على تكوين المفاهيم المجردة، أو أداء العمليات العقلية العليا، أو التركيز، أو اتخاذ الحيطة والحذر، أو العناية بالنفس، أو تكوين العلاقات بين الشخصية، أو العيش مستقلاً عن الآخرين، أو ممارسة أي عمل نافع، أو الالتزام بالقيم والعادات والتقاليد التي يأتي بها الأفراد في نفس العمر الزمني والجماعة الثقافية . وعلاوة على ذلك فهم يتسمون ببطء معدل النمو العقلي، وقصور الانتباه والإدراك، وقصور الذاكرة، وقصور التفكير، وعدم الثبات الانفعالي حيث تكون انفعالاتهم غير ثابتة، ومضطربة، وتتغير من وقت إلى آخر، كما أنهم يميلون إلى التبلد الانفعالي، ويبدون اللامبالاة فيظهرون غير مبالين بما حولهم ومن حولهم، وعدم الاكتراث بما يدور حولهم، ويتسمون بالاندفاعية، وعدم التحكم في الانفعالات . وفضلاً عن ذلك فإنهم يشعرون بعدم الكفاءة، والدونية، وعدم الرضا عن الذات، والاعتماد على الآخرين، وسوء التوافق، والانسحاب الاجتماعي، وصعوبة في القدرة على التعلق بالآخرين

والانتماء إليهم وهو الأمر الذي لا يجعل من أي فرد من هؤلاء الأفراد في واقع الأمر أهلاً لتحمل المسئولية، ولا يجعل باستطاعته أن يفكر بمنطق وعقلانية فيما يواجهه من مشكلات، أو التصرف بحكمة وروية في مختلف الأمور والمواقف، ومن ثم فلن يكون بوسعه أن يتمكن من تسيير دفة الأمور في الأسرة، ولن يتمكن بالتالي من أن تكون له القوامة في الأسرة .

رابعاً : العمل والمهنة

يعد العمل الذي يقوم به الفرد أو المهنة التي يمتهنها من أهم المقومات التي تكسبه الاستقلالية، وتسهم في اكتسابه هوية معينة، وفي اعتماده على ذاته . كما أنها تعد من جانب آخر هي وسيلته الأساسية لكسب العيش حيث عادة ما تدر عليه دخلاً محدداً أو ثابتاً في الغالب يمكنه أن يعتمد عليه بصفة أساسية في تسيير أمور حياته مما يؤثر إيجاباً على مفهومه لذاته، وعلى تقديره لها . وعلى هذا الأساس إذا ما أراد أي إنسان أن يقدم على الزواج فلا بد له آنذاك أن يمتهن مهنة معينة وشريفة يتكسب منها عيشه، ويعول منها أسرته التي ستتكون على أثر الزواج .

ومن الجدير بالذكر أن هناك بعض المفاهيم التي ترتبط بالإعاقة يكون لها أثرها المباشر كما يرى بريان (٢٠٠٧) Bryan على الأفراد ذوي الإعاقات وخاصة في مجالات العمل والتأهيل المهني من جانب، وما يمكن أن يرتبط بذلك من دخل من جانب آخر . ومن أهم هذه المفاهيم على سبيل المثال الاستقلالية بكل ما يمكن أن ترتبط به من جوانب أهمها العمل والحياة حيث يريد مثل هؤلاء الأفراد أن يحيون حياة مستقلة يعتمدون فيها على أنفسهم بصورة أساسية دون أن يحصلوا على أي مساعدة من الآخرين وهو أمر ضروري يتوقف عليه - مع غيره من العوامل الأخرى ـ نجاح زواجهم إذا ما تزوجوا حيث يكون على الواحد منهم آنذاك أن يستقل عن الآخرين في أمور حياته المختلفة . ولذلك فقد قدمت التكنولوجيا الحديثة لهم وسائل عديدة يمكن أن تحقق لهم الاستقلال في هذا الجانب خاصة بالنسبة لأولئك الأفراد ذوي الإعاقة البصرية فضلاً عن أقرانهم ذوي الإعاقات الجسمية، أو حتى ذوي الإعاقة السمعية وهو ما ساعدهم كثيراً في هذا المضمار .

وفضلاً عن ذلك فإن مثل هؤلاء الأفراد يعدون في حاجة ماسة إلى تحقيق الاستقلال في مجال العمل وهو الأمر الذي عادة ما يشهد الكثير من المشكلات بل والصعوبات أيضاً نظراً لعدم القدرة على تحقيق ذلك الأمر في كثير من الأحيان . ويذهب هالاهان وكوفمان (٢٠٠٨) Hallahan& Kauffman إلى أن برامج الانتقال إلى مرحلة الرشد بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية وفقاً لذلك عادة ما تتضمن أهدافاً ترتبط بالحياة المنزلية، والحياة في المجتمع المحلي، وقضاء وقت الفراغ، والمهارات المهنية . وعلى الرغم من زيادة التركيز على برامج الانتقال هذه مع زيادة العمر فإن هناك توصيات بأن تبدأ مثل هذه الجهود في المدرسة الابتدائية . وإذا كانت المؤسسات الكبيرة التي تعد بمثابة مراكز للإقامة الداخلية قد بدأت في الاضمحلال فإن معظم الراشدين ذوي الإعاقة الفكرية الذين يعيشون بمعزل عن أسرهم أو بعيداً عنها عادة ما يعيشون في مراكز الإقامة بالمجتمع المحلي، أو في البيوت المخصصة للمجموعات أو ما يطلق عليها البعض البيوت الجماعية والتي يقطن فيها ما بين ثلاثة إلى عشرة أشخاص من المعوقين عقلياً أو فكرياً . ومع ذلك فهناك اتجاه نحو تقديم ترتيبات المساندة المعيشية لهم والتي يعيشون على أثرها بشكل كبير في أوضاع طبيعية مثل منازلهم أو تلك الشقق التي يسكنون فيها . وحتى في ظل تلك الجهود التي تهدف إلى مساعدتهم على أن يحيوا حياة أكثر استقلالاً فإن معظم الراشدين ذوي الإعاقة الفكرية يعيشون مع أسرهم . كذلك فإن تلك الصورة التي تعكس تشغيل أو توظيف مثل هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية متغيرة وغير ثابتة . وهناك في واقع الأمر اتجاهان لتشغيل هؤلاء الأفراد يتمثلان في الاتجاهين التاليين :

١- الورش التي تتبع النظام الوقائي (الورش المحمية) .
٢- التشغيل التنافسي القائم على المساندة .

وعلى الرغم من شيوع الأسلوب الأول فإن هناك العديد من نواحي القصور التي ترتبط به حيث ينظر البعض إليه على أنه يعد بمثابة وسيلة تحد كثيراً من ذلك العائد الذي يمكن أن يترتب عليه . ولذلك فقد تم توجيه العديد من الانتقادات إليه كان من أهمها ما يلي :

١- أن الأجور التي يحصل عليها هؤلاء الأفراد تعد منخفضة جداً .
٢- لا يوجد أي دمج لهم مع أقرانهم غير المعوقين .

٣- أنه يوفر فقط خبرات محدودة للتدريب الوظيفي .

ومن ناحية أخرى فإن الأسلوب الثاني للتشغيل قد ازداد منذ بداية الثمانينيات من القرن الماضي، ويلعب المدرب المهني دوراً هاماً في نجاح هذا الأسلوب حيث يوفر تدريباً أثناء الخدمة لهؤلاء الأفراد، ويساعدهم على اختيار المهن المناسبة لهم، وعلى التفاعل مع العاملين الآخرين ومع أصحاب العمل، وعلى استخدام وسائل النقل والمواصلات، وعلى الاستفادة من المؤسسات والهيئات الأخرى . إلا أن دور المدرب المهني قد تعرض رغم ذلك للتغيير ليعطي الفرصة لما يعرف بالمدعمات الطبيعية كي تلعب دوراً أكبر، وربما تقوم بدوره هو فيما بعد . ومع انخفاض معدل الاعتماد على المدرب تم تدريب الزملاء غير المعوقين في العمل كي يقوموا بدور المدرب وذلك بالنسبة لزملائهم ذوي الإعاقة العقلية . وعلى الرغم من أن معدلات تشغيل هؤلاء الأفراد لا تزال غير مشجعة فإن تطوير البرامج الحديثة يعطينا أملاً للتفاؤل فيما يتعلق بالحياة المجتمعية للمعوقين عقلياً، وإتاحة فرص العمل والتشغيل أو التوظيف أمامهم . ومما لا شك فيه أن مثل هذه الإجراءات وأكثر يتم إتباعها في الغالب مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد أيضاً حيث عادة ما يكون من الصعب عليهم أن يحققوا أهدافاً أكثر من ذلك .

وفي هذا الإطار يرى سمارت وسمارت (٢٠٠٧) Smart& Smart أن الإعاقات عادة ما تكون جسمية، أو عقلية، أو حسية، أو معرفية، أو نمائية، أو سلوكية أو انفعالية، وأنها عادة ما تؤثر في قدرة الفرد على أداء أنشطة الحياة اليومية والانغماس فيها حيث أنها عادة ما تحد كثيراً من نشاطاته في الحياة . وبالتالي فإن مثل هذه الحالة إنما تترك آثارها السلبية على الفرد فتعوقه عن الأداء بصورة مقبولة، أو الاستمرار في ذات الأداء بالصورة نفسها، أو القيام بمهنة معينة، أو الاستمرار في ذات المهنة لفترة طويلة من الوقت، أو أدائها بنفس الجودة والكفاءة، بل إننا قد نجد أن هناك الكثيرين من أعضاء بعض هذه الفئات لا يتمكنون من الاستمرار في نفس المهنة لفترة من الوقت كالمضطربين سلوكياً أو انفعالياً مثلاً، وبعضهم الآخر لا يقوى على الأداء الجيد للمهنة، بل إن بعضهم الآخر قد لا يجيد أي أداء وظيفي، في حين قد لا يقوى آخرون على التوصل إلى الاختيار المهني المناسب . ولذلك فإننا قد نلجأ إلى العديد من المستحدثات التكنولوجية لكي تحل كثيراً من تلك المشكلات ذات الصلة بالعمل التي يمكن أن تصادفهم في حياتهم وخاصة الجانب المهني منها وذلك حتى يتمكنوا من الأداء المهني بصورة جيدة .

ومن المعروف أن التكنولوجيا المساعدة *assistive technology* تلعب دوراً كبيراً في مساعدة الأفراد ذوي الإعاقات كما يرى ريد (٢٠٠٢) Reed وروبن وروسلر (٢٠٠١) Rubin& Roessler على أن يتمكنوا من المشاركة الإيجابية في المجتمع ومع أعضائه الآخرين حتى أولئك الأفراد غير المعوقين بشكل كلي وشامل حيث أن من شأنها أن تتيح أمامهم العديد من الخيارات والفرص، وتساعدهم في تحسين جودة الحياة، *quality of life* وفي تحقيق الأداء الوظيفي المستقل، وفي مساعدتهم على التمكن من أداء العديد من الأعمال والمهام والأنشطة المختلفة مع اختلاف المجالات التي تنتمي إليها وهو الأمر الذي قد يجعل اتجاهات الأفراد غير المعوقين نحوهم تتسم بالإيجابية فيتقبلونهم في مجال العمل، كما يتقبلونهم في مجال التعليم .

ومن الجدير بالذكر أن عدم امتهان الفرد لأي سبب من الأسباب لمهنة مناسبة تدر عليه الربح أو الدخل المادي المناسب الذي يجعل بوسعه أن يقدم على الزواج وتكوين أسرة، ويمكنه من الإنفاق على تلك الأسرة عادة ما يكون من شأنه أن يترك العديد من الآثار السلبية على الأسرة والتي يمكنها في حد ذاتها أن تؤدي تلقائياً إلى المزيد من المخاطر والمشكلات التي يمكن أن تزيد من ظروف الإعاقة وما يمكن أن يؤدي إليها من عوامل . ومن أهم هذه المخاطر قصور الرعاية أثناء الحمل وأثناء الولادة، وسوء التغذية، وارتفاع نسبة مخاطر التعرض للإصابة بسبب سوء الأحوال المعيشية فضلاً عن سوء أحوال الظروف المحيطة بالعمل وعدم وجود وسائل الأمان اللازمة، وقصور الرعاية الصحية، وعدم توفر الفرص والظروف المناسبة لتعليم أساليب الرعاية الصحية، أو الحصول على المعلومات اللازمة لذلك والتي يمكن أن تفيد في هذا الإطار .

وعلى هذا الأساس فإن بعض الأفراد من بعض هذه الفئات دون غيرها قد يلتحقوا بمهن معينة تتناسب طبيعتها مع ظروفهم، وبالتالي فإن زواج هؤلاء لا بأس به، ولكن هناك أفراداً آخرين وخاصة أولئك الذين يعانون من إعاقات نمائية قد يكون من الصعب عليهم أن يعملوا في مهن مناسبة، وبالتالي فإنهم حال زواجهم قد ينجبوا، وهنا تبدأ سلسلة جديدة من المشكلات مع أطفالهم، وأفراد أسرتهم فضلاً عن أن مثل هؤلاء الأطفال قد يكونوا على شاكلة هؤلاء الآباء أي يعانون من

الإعاقة ذاتها مما يجعلهم يشرعون في مشكلات جديدة أو بالأحرى دورة حياة جديدة تتضمن مشكلات شبيهة بما يكونوا قد عانوا منه هم أنفسهم من قبل أي أثناء طفولتهم وقبل زواجهم .

ومما لا شك فيه أن مثل هذا الأمر أي امتهان أو عدم امتهان مهنة معينة قد يرجع في الأساس كما يرى هالاهان وكوفمان (٢٠٠٨) Hallahan&Kauffman إلى ما نطلق عليه في واقع الأمر تحديد الذات *self-determination* حيث نجد أن مثل هؤلاء الأفراد الذين يتسمون بتحديد الذات يكون بمقدورهم أن يتعلموا مهنة معينة، وأن يعملوا بها وهو الأمر الذي يتوفر في فئات كثيرة من فئات الإعاقات، أما أقرانهم الذين لا يتسمون بتحديد الذات وخاصة من يعانون من إعاقات نمائية فقد لا يجعل ذلك بوسعهم أن يتعلموا مهنة معينة، وأن يمتهنوها ليكتسبوا منها عيشهم . وفي هذا الإطار فإن الشخص الذي يتميز بتحديد الذات يجب أن تتوفر فيه أربع خصائص أساسية تميزه عن غيره نظراً لأنه يتسم بها، هي :

١- الاستقلال :

ويعني أن يتصرف الفرد وفقاً لتفضيلاته، واهتماماته، وقدراته وذلك بشكل مستقل وبعيداً عن أي مؤثرات خارجية من أي نوع .

٢- التنظيم الذاتي :

ويعني أن يقرر الفرد أي الاستراتيجيات والفنيات هي التي سيقوم باستخدامها في مواقف معينة، وعند تحديد الأهداف المختلفة التي يعمل على تحقيقها، وفي حل المشكلات، وعند قيامه بأداء مثل هذه المهام .

٣- التمكن السيكلوجي :

وهو اعتقاد الفرد أن بإمكانه أن يسيطر على الظروف ذات الأهمية في حياته، وهو الاعتقاد بأن لديه المهارة التي تمكنه من تحقيق النتائج المرجوة، وأنه إذا ما قام بتطبيق تلك المهارات فإن النتائج المرجوة سوف تحدث على أثر ذلك .

٤- إدراك الذات : self- realization

ويعني المعرفة الدقيقة نسبياً للفرد عن ذاته، وجوانب قوته، ونواحي القصور التي يعاني منها، وتصرفه بطريقة تعزز من هذه المعرفة .

ومن الجدير بالذكر أننا نجد فيما يتعلق بمساعدة مثل هؤلاء الأفراد على العمل وشغل وظيفة معينة أنه من الناحية التقليدية تكاد تنحصر فرص العمل التي يمكن أن تتاح أمام الأشخاص ذوي الإعاقات النمائية بصفة عامة حيث وجد الباحثون على سبيل المثال من خلال ذلك المسح القومي الأكثر دقة الذي تم القيام به في الولايات المتحدة الأمريكية في العقد الماضي كما يشير هالاهان وكوفمان (٢٠٠٨) Hallahan& Kauffman أن من بين أولئك الأشخاص المعوقين عقلياً الذين مضت فترة على إنهائهم للتعليم تتراوح بين ثلاث إلى خمس سنوات لم يتم الالتحاق بالوظائف المختلفة إلا من جانب حوالي ٣٧ % تقريباً منهم فقط وذلك في إطار الاتجاه المعروف بأسلوب التوظيف أو التشغيل التنافسي . وعلى الرغم من أن إحصائيات العمل الخاصة بمثل أولئك العاملين إنما تعد في أساسها غير مشجعة على الإطلاق فإننا يمكن أن نشعر بالتفاؤل إذ أنه حينما يتلقى مثل هؤلاء الأشخاص التدريب المناسب يصبح بإمكانهم الاستمرار في تلك الوظائف التي يشغلونها، وتحقيق قدر معقول من النجاح فيها كما يعكسه حضورهم المنتظم للعمل وعدم تغيبهم عنه أو بحثهم عن مبررات يتمكنون بموجبها من التغيب، كما يعكسه أيضاً إقبالهم عليه، ورضاهم عنه، وطول المدة التي يشغلون خلالها تلك الوظائف .

وعندما لا يتمكن هؤلاء الأفراد من تحقيق النجاح في مثل هذه الوظائف التي يشغلونها فإن السبب الذي قد يكمن خلف ذلك غالباً ما يتضمن بعض السلوكيات التي ترتبط بالمسئولية الوظيفية والمهارات الاجتماعية وذلك قياساً بالأداء الوظيفي في حد ذاته . وهذا يعني أن المشكلة لا تكمن في أن مثل هؤلاء الأشخاص لا يمكنهم أن يقوموا بالأداء الوظيفي، أو لا يمكنهم أن يقوموا بتلك الوظيفة أو الوظائف كما ينبغي نظراً لوجود بعض المشكلات لديهم تتعلق بأمور معينة مثل الحضور الذهني، والمبادرة، والاستجابة للنقد، وإقامة التفاعلات الاجتماعية مع زملائهم في العمل ومن يقومون بالإشراف عليهم . وعلى العكس من أسلوب الورش التي تتبع النظام الوقائي فإن أسلوب التشغيل التنافسي *competitive employment* يعد اتجاهاً يعمل على توفير وظائف لهؤلاء الأفراد في مقابل الحصول على الأقل على الحد الأدنى من الأجر الذي يمكن الحصول عليه في مواقف العمل التي تقوم على الدمج أو التكامل والتي يكون معظم العاملين فيها من غير المعوقين .

أما في التشغيل التنافسي القائم على المساندة *supported competitive employment* فإن ذلك الشخص يكون في وضع تشغيل تنافسي ولكنه مع ذلك يتلقى مساعدة مستمرة يقدمها له في الغالب ذلك المدرب الذي يساعده على أداء تلك الوظيفة التي يشغلها أو المدرب المهني . وإضافة إلى ذلك التدريب الذي يتم تقديمه لهؤلاء الأفراد أثناء الخدمة فإن المدرب الذي يساعدهم على أداء تلك الوظائف أو المدرب المهني قد يقوم أيضاً بتقديم المساعدة لهم في جوانب أخرى ذات صلة بالمجال الوظيفي كالبحث عن مهنة مناسبة على سبيل المثال، والتفاعل مع الموظفين الآخرين ومع أصحاب العمل، واستخدام وسائل النقل والمواصلات، والاشتراك مع مؤسسات أو هيئات أخرى في العمل .

وعلى هذا الأساس فإننا نؤكد فيما يتعلق بهذه النقطة أن هناك من فئات الإعاقة من يمكن لأعضائها أن يمتهنوا مهنة معينة، وأن يعملوا بها، وأن يتخذوها سبيلاً لكسب عيشهم فتكون بالتالي عوناً لهم على الزواج وتكوين أسرة، كما أن هناك من جهة ثانية فئات أخرى وخاصة فئات ذوي الإعاقات النمائية عادة ما يجد أعضاؤها مشكلات جمة في سبيل العمل وامتهان مهنة معينة يتمكنون على أثرها من الزواج وتكوين أسرة فضلاً عن إعالة مثل هذه الأسرة، وتوفير الحد الأدنى على الأقل من الحياة الكريمة لها .

خامساً : الدخل

نحن لا نبالغ إذا ما قلنا أن الجانب المادي أو ما يحصل الفرد عليه من دخل يعد أمراً جوهرياً في سبيل تحقيق حاجاته بصفة عامة، والحصول على متطلباته اللازمة لاستقامة حياته، بل والحصول على كل الخدمات التي عادة ما يكون من شأنها أن تيسر حياته وذلك كالخدمات الطبية، والنفسية، والتعليمية، والترويحية، والخدمات ذات الصلة بمناحي الحياة المختلفة . ولا يخفى علينا أن الزواج ذاته يتطلب أن يتوفر قدر مناسب من المال لدى الفرد، وأن يكون له دخل ثابت لكي يعيش منه هو وأسرته التي سوف تتكون على أثر الزواج . وعلى ذلك فقد قال رسولنا الكريم ﷺ مخاطباً الشباب أن من يستطيع منهم الباءة فإن عليه بالزواج **(يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج، ومن لم يستطع فعليه بالصوم فإنه له وجاء)**، والباءة هنا هي تكاليف الزواج، والوجاء هو الوقاية .

ومن المعروف أن المهنة التي يمتهنها الفرد هي التي تدر عليه الربح، وتعود عليه بالدخل الذي يمكنه أن يحيا بواسطته إذ أن لكل مهنة دخلاً، وبالتالي يختلف الدخل باختلاف المهنة وهو ما يجعل المهن المختلفة تنتظم في سلم هرمي وفقاً للدخل الذي يرتبط بكل منها، ويتوقف الوصول إلى أعلى هذا السلم في واقع الأمر على طبيعة المهنة، وما تتطلبه من شروط ومحكات نؤكد في الواقع بطبيعة الحال أنها لا تتوفر مطلقاً لدى الأفراد ذوي الإعاقات وهو الأمر الذي يجعل غالبية من يعملون منهم في مهن معينة لا يحصلون منها إلا على قدر يسير من الدخل أو المال وهو ما يجعلهم من محدودي الدخل، بل إن مثل هذا الدخل قد لا يكفي في الغالب تكاليف أسرة تحيا حياة شريفة وهو الأمر الذي يجعل من الضروري أن تتدخل الحكومة لتحدد لهم مساعدات معينة تقدم لهم في أي صورة مناسبة ولائقة، ويكون من شأنها في الواقع أن تكفيهم ليعيشوا بصورة آدمية ومحترمة، ولا يكونوا في حاجة إلى أي عون من أي إنسان .

ويذهب سويتزر (٢٠٠٨) Switzer إلى أن هناك ما يربو على خمسين مليوناً من الأفراد ذوي الإعاقات في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها أي ما يربو على ٢٠ % من إجمالي عدد السكان هناك وهو ما يجعل هؤلاء الأفراد يمثلون أكبر عدد من الأقليات فيها . ونظراً لضخامة هذا العدد فإن هناك جهوداً حثيثة تبذل حتى يتسنى دمج هؤلاء الأفراد مع غيرهم من الأفراد غير المعوقين مما قد يساعدهم في الواقع على رسم مستقبلهم، وكسب العيش حيث تتم مساعدتهم وتدريبهم على كيفية إزالة الحواجز التي قد تعترضهم في الحياة بما يمكنهم بطبيعة الحال من إيجاد فرص عمل مناسبة تسهم بشكل جوهري في توفير الدخل المناسب لهم . ومع إعدادهم للحياة في المجتمع، وكسب العيش فإن ذلك عادة ما يكون من شأنه أن يسهم إلى حد كبير في الحد مما قد يعترضهم من تمييز بينهم وبين أقرانهم غير المعوقين في الاتجاهات، والتوظيف أو التشغيل، والإسكان، والتربية، والترفيه وقضاء وقت الفراغ، والرعاية الصحية، وخدمات الصحة النفسية، وغير ذلك من أمور مختلفة يمكن أن تشهد مثل هذا التمييز .

ويرى نوليز (٢٠٠٧) Knowles أن الإعاقة *disability* إنما تعد بمثابة المرحلة الثالثة والأخيرة من عملية ذات مراحل ثلاث تترك آثاراً اقتصادية سلبية

على كل من يعاني منها حيث يتم النظر إليها وتناولها من الناحية الاقتصادية وفق هذا المنظور مع التسليم بإمكانية قيامنا بالنظر إليها من زوايا أخرى عديدة وبصور شتى غير ذلك بطبيعة الحال . وفي هذا الإطار تتمثل المرحلة الأولى في الباثولوجيا *pathology* والتي تظهر على هيئة حدوث قصور مادي أو جسمي حقيقي معين كفقد البصر على سبيل المثال، أي أننا هنا إنما نتحدث عن حالة باثولوجية تعاني من قصور معين . أما المرحلة الثانية فهي العطب أو التعطل الفسيولوجي أو البيوكيميائي *impairment* وهو ما يشير إلى تلك الأساليب التي يمكن بواسطتها للباثولوجيا أن تحد من الأداء الوظيفي اليومي للفرد كالعجز *inability* مثلاً أو عدم القدرة على الجري أو المشي بسرعة، بينما تتمثل المرحلة الثالثة والأخيرة في الإعاقة أو التعويق *disability* والتي تعني أن تترك تلك الحالة أوجه قصور أو تأثيرات سلبية على الحياة الاقتصادية للفرد أو على إنتاجيته كدالة لمدى تأثره بما حدث له من عطب أو تعطل فسيولوجي . وهنا سوف نجد أن فقد البصر يعد بمثابة إعاقة شديدة لرجل الشرطة على سبيل المثال حيث تعوقه تماماً عن أداء وظيفته . وهذا لا يعني من جهة أخرى أنه لا توجد أي مهن يمكن أن يعمل بها من يفقد بصره حيث هناك العديد من المهن التي يمكنه أن يعمل بها، ولكن الواقع يشهد أن هناك مهناً أخرى في ذات الوقت لا يمكنه أن يعمل بها مطلقاً. ومع تسليمنا بذلك الأمر فإننا نرى على الرغم من ذلك أن مستوى الأداء الوظيفي المهني لمثل هذا الشخص في أي من تلك المهن التي يمكنه أن يعمل بها لا بد أن يتأثر سلباً بتلك الإعاقة وذلك قياساً بأقرانه من غير المعوقين .

ومما لا شك فيه أن الإعاقة إنما تؤثر سلباً على مجمل عدد ساعات العمل التي يمكن أن يؤديها الفرد حيث تقلل منها كثيراً نظراً لأن الفرد لا يمكنه من جراء مثل هذه الإعاقة أياً كان نوعها أن يستمر في مواصلة العمل لفترة توازي ما يمكن أن يقوم به قرينه غير المعوق . وهذا بطبيعة الحال من شأنه أن يقلل من الدخل اليومي والشهري أو الأسبوعي للأسرة وذلك لمن يعمل وفق هذا النظام أو ذاك مما يؤدي إلى الحد من تلبية الحاجات والمتطلبات الأسرية المختلفة، وعدم القدرة على توفير تلك المقومات التي يكون من شأنها أن تمكن أعضاء تلك الأسرة في الواقع من أن يحيون حياة كريمة .

وفضلاً عن ذلك يرى ماير وموك (٢٠٠٦) Meyer& Mok أن معدلات البطالة أو عدم التشغيل ترتفع كثيراً بين الأفراد ذوي الإعاقات قياساً بأقرانهم غير المعوقين نظراً لأن أصحاب العمل عادة ما يعمدون إلى انتقاء العمالة التي يمكنها أن تلتحق بالعمل معهم من خلال شروط ومتطلبات صارمة لانتقائهم وتوزيعهم على أقسام العمل حتى يتمكنوا على أثر ذلك من تحقيق ما يصبون إليه من ربح . ومن الطبيعي أن يترتب على ذلك حدوث عدد من الأمور غير المواتية والتي عادة ما يكون من شأنها أن تترك تأثيراً سلبياً على أسرة الفرد المعوق من أهمها ما يلي :

١- انخفاض معدل الدخل عن ذلك المستوى الذي يضمن أن تحيا تلك الأسرة بصورة مناسبة وكريمة .
٢- عدم القدرة على تعليم الأبناء بالشكل الأمثل، أو إلحاقهم بأنواع التعليم التي قد تتطلب أي مبالغ من المال .
٣- عدم القدرة على توفير المبالغ اللازمة لإلحاق الأطفال في سن ما قبل المدرسة برياض الأطفال .
٤- عدم القدرة على الحصول على الرعاية الصحية المناسبة .
٥- عدم القدرة على توفير أو ادخار أي مبالغ مالية من الدخل الذي يحصل الفرد عليه بحيث يمكن الاستفادة بها وقت الحاجة .
٦- انخفاض فرص ومعدلات التحسن الاجتماعي الاقتصادي الثقافي .
٧- زيادة فرص حدوث الانفصال أو الطلاق بين الزوجين .
٨- انخفاض فرص الاستمتاع بوقت الفراغ أو التمتع بالأجازات والعطلات .

وبالتالي فسوف يقع على عاتق الدولة أو الحكومة أن تعمل على تقديم حد أدنى من الإعانات التي يكون من شأنها أن تضمن لمثل هؤلاء الأفراد أن يحيون حياة كريمة دون أن يكونوا في حاجة حقيقية إلى الحصول على مساعدة ما من أي شخص آخر . وهذا الأمر ليس غريباً إذ أننا عادة ما نجده واقعاً في دول أوربا كلها دون استثناء، وفي الولايات المتحدة الأمريكية، وكندا، وغيرها من تلك الدول لأنه ليس بمقدور مثل هؤلاء الأفراد أن يقوموا بشيء أكثر مما يقومون به في الواقع، كما ينبغي أيضاً أن يتم تقديم الخدمات المختلفة لهم مجاناً إذ أن ذلك من شأنه أيضاً أن يوفر عليهم مبالغ مالية كبيرة كانوا سينفقونها في سبيل ذلك لو توفرت معهم .

سادساً : الجنسية *sexuality*

يرى مايرز (٢٠٠٦) Myers أن الجنسية *sexuality* طبقاً لما يحدده مركز التربية الجنسية والمعلومات بالولايات المتحدة الأمريكية *Sex Information and Education Council of the US (SIECUS)* إنما تعد بمثابة أمر يتضمن بل ويتجاوز المعارف، والمعتقدات، والاتجاهات، والقيم، والسلوكيات الجنسية للأفراد إذ أنه يتناول تشريح، وفسيولوجيا الاستجابة الجنسية، *sexual response* والكيمياء الحيوية التي تختص بها، وما يتعلق بذلك من أدوار، وهوية، وشخصية فضلاً عن أفكار الفرد، ومشاعره، وسلوكياته، وما يقيمه من علاقات في هذا الصدد وذلك في ضوء الأمور والاعتبارات الخلقية، والروحية، والتباينات الثقافية، والفروق بين الجماعات . ومن ثم فإنها تتجاوز بذلك مجرد الفعل المادي للممارسة الجنسية، *sexual intercourse* كما أنها تتضمن أيضاً شكل الجسم إلى جانب المكونات الانفعالية، والعقلية، والحسية للفرد مما يجعلها تتضمن الفرد بكليته. وهذا صحيح بطبيعة الحال لأن العملية الجنسية إنما تتضمن في الواقع الفرد بكل أحاسيسه، وجوارحه، ومشاعره، ومكوناته، أي أنها بذلك تتضمن الفرد بكل جوانبه دون استثناء وهو ما يعني أنها تتضمن الفرد بكليته وليس مجرد الدافع إلى إقامة علاقة جنسية مادية حيث أن مثل هذا الدافع إنما يمثل في واقع الأمر مجرد أحد أوجه الجنسية *sexuality* والتي تعد بمثابة ظاهرة اجتماعية *social phenomenon* متعددة الأوجه *having many facets* وإن كانت في الأصل ذات أساس فطري .

وجدير بالذكر أن هذه الجنسية تنمو مع النمو النفس جنسي للفرد والذي يلعب فيه الوالدان أو من يقوم على رعاية الأطفال دوراً هاماً وبارزاً حيث يعلمون الأطفال أساسيات الحياة وجوهرها، ومعنى الحب (وهذا لا يعني مجرد الحب بين ذكر وأنثى، ولكن الحب بمعناه العام)، والارتباط بين الأفراد، وإقامة العلاقات المختلفة بينهم، ومعنى الصداقة، وتكوين الصداقات، والانفعالات المختلفة كالخوف والغضب، والتعبير الآمن والمقبول عنها، والأدوار الجنسية وهي تلك الأدوار التي نتوقع من الفرد أن يقوم بها وأن يؤديها وفقاً لجنسه البيولوجي حيث يتوقع المجتمع من الولد أن يقوم بأدوار معينة، ويتوقع أن تقوم البنت بأدوار أخرى وذلك وفقاً لتلك

الثقافة التي تسود ذلك المجتمع . وفضلاً عن ذلك فإنهم يعلمون الأطفال الطيبة، وتوكيد الذات وهو ما يتضح من خلال أقوالهم وأفعالهم أي ما يقولون وما لا يقولون، وما يفعلون، وما لا يفعلون مما يكون له أثره الواضح في إكساب مثل هؤلاء الأطفال هوياتهم، وتنميتها، وصقلها . ووفقاً لذلك فإنهم يكتسبون هويتهم الجنسية وهو ما يتفق مع ما تؤكده أنا فرويد Anna Freud من أن الجنس *sex* إنما يعد بمثابة ذلك الأمر الذي يقوم به الفرد ويؤديه وذلك في إطار ما يعرف بالعلاقة الجنسية، أما الجنسية *sexuality* على الطرف الآخر فإنها تعد بمثابة كينونة الفرد وماهيته *who he is* وهنا فإنها تعني مدى ذكورته أو أنوثته وذلك من الناحية السيكلوجية بطبيعة الحال حيث عادة ما يكون الفرد من الناحية البيولوجية ذكراً أو أنثى وذلك بحسب تكوينه التشريحي وهو ما يجعل منه ذكراً بيولوجياً أو أنثى من الناحية ذاتها .

وبذلك فإن ما تتضمنه الجنسية من أمور مختلفة قد تسهم في نجاح الزواج وتكوين أسرة سعيدة، أو العكس حيث أنها قد تتضمن التقبل، والحب، والفرح، والسعادة، والدفء، وتكوين أسرة، والحمل، والإنجاب، وما يمكن أن ينتقل وراثياً من أمراض أو اضطرابات أو إعاقات أو ما إلى ذلك . وعندما يكون الفرد معوقاً فإن الوالد قد يخبر قدراً كبيراً من القلق والخوف، وغير ذلك في سبيل تعليم الابن مثل هذه الخبرات والأمور حيث قد تواجهه مشكلة خطيرة تتمثل في أن الإعاقة التي يعاني منها قد تقف حائلاً دون ذلك على الرغم من أن مثل هؤلاء الأفراد الذين يكونون على شاكلته يحتاجون أن يتعلموا ما يتعلق بالجنسية من أمور، وما يرتبط بها من مسئوليات . ومن ثم فإنهم يعدون في حاجة إلى معلومات تتعلق بالقيم، والأخلاقيات، والصداقة، والمواعيد الغرامية، والحب، والعلاقات الحميمة، كما أنهم يحتاجون أن يتعلموا كيف يمكنهم أن يحموا أنفسهم من أي اعتداءات قد يتعرضون لها في هذا الجانب . وهذا يعني أنهم بذلك قد يحتاجون في واقع الأمر إلى قدر مناسب من التربية الجنسية *sexual education* ربما يفوق ما يحتاجه أقرانهم غير المعوقين . ونحن في هذا الإطار لا نقصد مطلقاً أن يكون ذلك التعليم مباشراً في كل جوانبه، بل وفق ما تتطلبه الأمور وعلى رأسها موضوع الحماية .

وفضلاً عن ذلك فإن هناك الكثيرين من أفراد المجتمع بفئاته المختلفة الذين يعتقدون أن الفرد المعوق - وخاصة الذي يعاني من إعاقة نمائية - لن يتزوج،

وبالتالي لن يكون لديه أبناء . وهنا فإننا نجد أن مثل هذا القول لا ينطبق على أولئك الأفراد ذوي صعوبات التعلم، أو ذوي الإعاقة البصرية، أو السمعية، أو ذوي الإعاقات الجسمية، أو حتى ذوي الاضطرابات السلوكية على الرغم من الاحتمالات الكبيرة - التي تنطبق حال زواجهم - لإنجاب أبناء يعانون في الواقع مما يعانون منه هم أنفسهم، أي يعانون من إعاقة مماثلة على الرغم من أن ذلك إنما يحدث لدى بعض الأبناء فقط ، وليس لدى جميع الأبناء حيث يحدث ذلك في الواقع وفق نسب واحتمالات معينة وهي الاحتمالات التي قد تصل إلى ١٠٠ % إذا ما كان طرفا العلاقة يعانيان من نفس الإعاقة، وذلك على العكس من أقرانهم ذوي الاضطرابات النمائية كالإعاقة الفكرية، أو اضطراب التوحد، أو غيرهما من تلك الاضطرابات حيث قد ينطبق عليهم ذلك القول فقد لا يتزوج الواحد منهم، وإذا ما تزوج فإنه قد لا ينجب وذلك لأسباب وظروف سوف نوضحها في موضع لاحق .

ومن جهة أخرى فإن شكل الجسم له تأثيره الكبير على الجنسية إذ أن الانطباع الأول عنها إنما يتم اتخاذه وفقاً لشكل الجسم وذلك لدى الأفراد من الجنسين بصورة عامة، ولدى الإناث على وجه التحديد . ومن ثم فإن للإعاقة تأثيرها الكبير على الجنسية حيث قد تترك أثراً واضحاً على شكل الجسم وذلك لدى بعض هذه الفئات بصفة خاصة كالإعاقة الجسمية، والإعاقة العقلية، والإعاقة البصرية، والإعاقة السمعية حيث قد يكون الفرد في حاجة إلى من يساعده على ارتداء ملابسه، وعلى تبديلها، وعلى الاستحمام، وغير ذلك مما قد يجد في بعض الأحيان من خصوصية النصف الأسفل من الجسم إذ سوف يطلع عليه من يساعد مثل هذا الفرد على أداء تلك الأمور التي أشرنا إليها . ومع ذلك فإن النمو الجنسي لهؤلاء الأفراد ينمو بنفس الطريقة كأقرانهم غير المعوقين وإن كان بعضهم قد يعاني من قصور في هذا الجانب وخاصة من فئات الإعاقات العقلية، وإصابات الدماغ . أما اتجاهات أفراد المجتمع نحوهم فإن من شأنها أن تؤثر سلباً على إدراكهم للجنسية من جانبهم، ومن ثم فإنها قد تؤثر على إدراكهم للزواج وما يرتبط به من أمور .

ويذهب ماريني (٢٠٠١) Marini إلى أن هناك مشكلات كثيرة تتعلق في الواقع بالهوية الجنسية يخبرها الأفراد ذوي الإعاقات من الجنسين حيث غالباً ما ترتفع معدلات إساءة المعاملة الجنسية للإناث، ويتم التحرش بهن، كما يتعرضن

للعنف الذي يتعلق بالجانب الجنسي فضلاً عن الاغتصاب إلى جانب البطالة وعدم وجود فرص للعمل . أما الذكور فإنهم غالباً ما يخبرون ضغوطاً نفسية من تلك التهديدات التي تتعلق بالهوية الجنسية، والذكورة، وتلك الأمور التي تتعلق بالاعتماد على الذات، والاستقلالية، والتشغيل أي إيجاد العمل أو المهنة المناسبة . وبالتالي فإن مثل هذه الأمور إنما تعتمد في الواقع على طبيعة الإعاقة، ومدى شدتها في المقام الأول حيث تقل تلك الضغوط كلما كان من الممكن أن يتم التكيف مع الإعاقة، ويتم التقبل من جانب الآخرين، وكانت الإعاقة بعيدة عن الجانب العقلي في حين تزداد الأمور سوءاً إذا ما سارت عكس ذلك مع العلم بأن الإعاقة عندما تكون في الجانب العقلي لن يكون إدراك مثل هذه الأمور أمراً هيناً .

وبصفة عامة فإن الفرد الذي يعاني من إعاقة معينة إنما يخبر العديد من التغيرات التي عادة ما يكون من شأنها أن تؤثر على مفهوم الجنسية وموضوعها ومضمونها لديه إذ يكون عليه آنذاك أن يتكيف مع التغيرات الجسمية التي يتعرض لها، وتلك التغيرات التي تتعرض لها استجاباته الجنسية أو رغباته التي تتعلق بذلك فضلاً عما يتعرض له من آثار مختلفة تنتج عن العلاج الدوائي الذي يكون عليه أن يتناوله بشكل منتظم، أو التغيرات التي تطرأ على دوره في العلاقات المختلفة . ومن الملاحظ أنه سيكون في حاجة إلى مساعدة الكثيرين في سبيل تحقيق التكيف مع مثل هذه التغيرات . ووفقاً لما سوف تأول إليه الأمور بالنسبة له، وما تصير عليه أحواله على أثر إعاقته يصبح عليه أن يعرف المقبول وغير المقبول على وجه التحديد فيما يتعلق بموضوع الجنسية، كما أنه ـ وخاصة الإناث وفي مقدمتهن ذوات الإعاقات النمائية والإعاقة العقلية الفكرية على وجه التحديد ـ يصبح أكثر عرضة لإساءة المعاملة الجنسية، والتحرش، والاغتصاب . وإلى جانب ذلك فإن الشخص الأصم يصير عليه أن يتعلم إشارات معينة تتعلق بمختلف الأمور الجنسية وما يرتبط بها من معلومات وهي المعلومات التي لا يكون من السهل الحصول عليها، كما يكون عليه من جانب آخر أن يتحرى الدقة عند استخدامه لمثل هذه الإشارات التي عادة ما يتم استخدامها في سرية تامة في هذا الصدد وذلك وفقاً للقيم والعادات والتقاليد والأخلاقيات السائدة .

سابعاً : أوجه القصور ذات الصلة بالجهاز التناسلي لدى بعض هذه الفئات دون بعضها الآخر

من الجدير بالذكر أن تعرض الفرد ذكراً كان أم أنثى لأي وجه من أوجه القصور ذات الصلة بالجهاز التناسلي عادة ما يكون من شأنه أن يعوق عملية الإنجاب التي تعد في جوهرها هي أحد أسمى الأهداف التي يتم تحقيقها في الواقع من خلال الزواج وعن طريقه حيث يتوقف الأداء الوظيفي لهذا الجهاز على سلامة أعضائه التي يتكون منها مما يسمح لها بالنمو السليم أولاً، ثم الوصول إلى النضج بعد ذلك وهو ما يعد بمثابة شرط أساسي يلزم الفرد حال زواجه سواء كان ذكراً أم أنثى حتى يتمكن من الإنجاب والتناسل . وبنظرة فاحصة إلى الأفراد ذوي الإعاقة يتضح أن مثل هذا القصور يكاد يكون مقصوراً في واقع الأمر على فئات معينة دون غيرها من هذه الفئات جميعاً، وبالتالي فإن هذا الشرط لا ينسحب على الغالبية العظمى من تلك الفئات، ولكن وجوده حتى في فئة منها من شأنه أن يعوق الإنجاب بين أعضاء تلك الفئة .

ومن جهة أخرى فقد يعاني بعض الأفراد ممن ينتمون إلى فئات بعينها من فئات ذوي الإعاقة وخاصة الإعاقة الفكرية من وجود بعض أوجه القصور ذات الصلة بالجهاز التناسلي مما يعوق وصولهم إلى النضج الجنسي . ومع ذلك فإننا قد نجد أنه عادة ما يكتمل نمو العضلات، والعظام، والطول، والوزن، والجنس من جانب الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في حوالي سن الثامنة عشرة كأقرانهم غير المعوقين . ومن أهم أوجه القصور التي يمكن أن يتعرضوا لها، والتي تترك أثرها السلبي في هذا الصدد حدوث ضمور في الخصيتين لدى بعض الأفراد مما لا يحدث معه الإنجاب . ومن جهة أخرى فإن خصيتي الأطفال الذكور قد لا تتدليان أيضاً، ويعرف ذلك الوضع بالخصية المعلقة وهي حالة لا تشهد حدوث الإنجاب بطبيعة الحال . ومن أهم الخصائص المميزة لمثل هذه الإعاقة عدم اكتمال النمو الجنسي، كما أن هناك عدداً من المحكات والمؤشرات المختلفة التي تدل في جوهرها عليها، ونستدل من خلالها على تلك الإعاقة بحيث نجد أن هناك تأخراً في حدوث البلوغ خلال مرحلة المراهقة لدى أولئك الأفراد الذين يعانون منها، أما خلال مرحلة الرشد فنلاحظ وجود محكات مميزة تحول دون حدوث الإنجاب والتناسل يتمثل أهمها فيما يلي :

أ- العقم وذلك لكل من الذكور والإناث .
ب- القصور الغدي التناسلي .

ووفقاً لذلك فقد يكون من الصعب ما لم يكن من المستحيل أن يمكن لمثل هؤلاء الأفراد أن يتمكنوا من إنجاب الأطفال وتحقيق التناسل نظراً لأن القصور الغدي التناسلي والعقم تعد بمثابة أمور فاصلة في هذا الصدد لا يمكن أن يحدث الإنجاب معها . وبالتالي يصير علينا أن نعي ذلك جيداً، وأن نفكر فيه قبل أن نقرر هل سنوافق على زواج مثل هؤلاء الأفراد أم أننا لن نوافق عليه مع العلم بأن هناك أموراً أخرى تتعلق بذلك نتناولها على امتداد الفصل .

وفضلاً عن ذلك يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤- ب) إلى أن الأفراد ذوي متلازمة أعراض داون يتسمون من الناحية الجنسية بصفة عامة بعدد من الخصائص التي تتعلق بالجانب الجنسي ككل سواء من ناحية جوانب القصور، أو النضج الجنسي، أو القدرة على الإشباع الجنسي، أو القدرة على الإنجاب والتناسل، ولم نشأ أن نفصلها عن بعضها حتى تكون الصورة مكتملة . وهذه الخصائص هي :

١- تتطور السمات أو الخصائص الجنسية لدى أولئك الأفراد عادة في نفس الوقت تقريباً الذي تتطور فيه لدى أقرانهم غير المعوقين أو متأخراً عنهم بعض الشيء وهو الأمر الذي يجعل والديهم بطبيعة الحال أكثر انشغالاً بقدراتهم وقابليتهم الجنسية خلال مرحلة المراهقة .
٢- قد يميل الواحد منهم إلى شخص آخر ويشعر نحوه بالحب مثلهم في ذلك كأقرانهم غير المعوقين تماماً .
٣- يبدي المراهقون والراشدون منهم اهتماماً بالجنس الآخر في فترة المراهقة شأنهم في ذلك شأن أقرانهم غير المعوقين .
٤- يقل العضو الذكري لديهم في حجمه عن الطبيعي، كما قد يتأخر نزول الخصية من الكيس .
٥- هناك نسبة كبيرة منهم وخاصة الذكور يعتبرون غير قادرين على الإنجاب إذ أنهم نظراً لما يتعرضون له من مشكلات وخلافه بداية من تكوينهم الجسمي قد يتعرضون للعقم أو لقلة عدد الحيوانات المنوية وضعفها .
٦- الإناث اللائي تعانين من متلازمة داون لديهن القدرة على إنجاب الأطفال، ومع ذلك فإنهن يصلن مبكراً إلى سن اليأس *menopause* وذلك منذ بداية الأربعينيات من أعمارهن .

٧- الإناث القادرات على الإنجاب يكون حوالي نصف إلى ثلثي أبنائهن طبيعيين، أما النسبة الباقية فتكون مثلهن .

ثامناً : النضج الجنسي

يعد النضج الجنسي من أهم الأمور اللازمة لحدوث الحمل والولادة لأن الزواج ينبغي أن يتم بين ذكر وأنثى ناضجين . وعلى هذا الأساس فلا يجب أن يحدث الزواج إلا عندما يكتمل نضج الأفراد وخاصة نضجهم الجنسي نظراً لارتباطه الكامل بالإنجاب أو التناسل . وإذا كان هناك اتفاق بين المختصين على أن السن المناسب للإنجاب بالنسبة للأنثى يتراوح بين سن العشرين إلى الخامسة والثلاثين فإن ذلك يرجع في الأساس إلى أن سن العشرين هو السن الذي يحدث فيه تمام النضج، وهو الأمر الذي يسمح بولادة طفل سليم ويتمتع بصحة جيدة، ولا يعاني من أي أوجه للقصور . وتدل نتائج العديد من الدراسات التي تناولت الحمل خلال مرحلة المراهقة على وجود العديد من جوانب القصور لدى الأطفال الذين يولدون لأمهات من المراهقات في العقد الثاني من أعمارهن وهو الأمر الذي يرجع في الأساس إلى عدم اكتمال نضج هؤلاء الأمهات (المراهقات) بصفة عامة، وعدم اكتمال نضجهن الجنسي على وجه الخصوص والذي قد يؤدي إلى أن تواكب الحمل حالات ولادة مبتسرة وهو من العوامل التي يمكن أن تؤدى إلى القصور العقلي .

وإلى جانب ذلك فإننا نجد أن الأفراد ذوي الإعاقة العقلية بصفة عامة والأفراد ذوي متلازمة برادر- ويلي *Prader- Welli* على وجه الخصوص وذلك من الجنسين كليهما يعانون في الأصل من القصور الغدي التناسلي *hypogonadism* وهو الأمر الذي يسهم مع غيره من الخصائص الأخرى في وجود نمط سلوكي عام يميزهم عن غيرهم . ومن ثم يمكن أن نقوم بتعريف متلازمة برادر- ويلي على أنها متلازمة أعراض مرضية وراثية توجد لدى الفرد منذ ولادته، وتتسم بعدد من الخصائص المميزة والتي تتمثل في السمنة، ونقص التوتر العضلي، وقصور في القدرات العقلية، والقصور الغدي التناسلي . وعادة ما نجد في الواقع أن ذلك القصور الغدي التناسلي *hypogonadism* الذي يعاني منه هؤلاء الأفراد يظهر في العديد من الصور وذلك على النحو التالي :

أ - نقص نمو الأعضاء التناسلية *genital hypoplasia* وذلك لكل من البنين والبنات على حد سواء .

ب- تأخر حدوث البلوغ الجنسي وعدم اكتماله .

جـ- عدم الخصوبة أو العقم .

ومن جهة أخرى فإن وجود أوجه قصور تتعلق بالجهاز التناسلي لدى هؤلاء الأفراد كالخصية المعلقة عادة ما يكون من شأنه أن يؤدي إلى عدم حدوث النضج الجنسي لمن يعاني من تلك الحالة، وبالتالي لن يتحقق الإنجاب معها . ويمكن الاستدلال على ذلك من خلال عدد من الخصائص المميزة لها والتي تسهم في عدم اكتمال النمو الجنسي كأن توجد بعض المحكات و المؤشرات التي تدل عليها حيث نجد أن أهم ما يمكن أن تتميز به خلال مرحلة المراهقة إنما يتمثل في الواقع في تأخر حدوث البلوغ، بينما تشهد مرحلة الرشد كما أشرنا من قبل وجود محكات أخرى مميزة يتمثل أهمها في حدوث العقم لكل من الذكور والإناث من جهة، والقصور الغدي التناسلي من جهة ثانية .

ومن هذا المنطلق فإننا نؤكد في الواقع مع تسليمنا بضرورة حدوث النضج الجنسي كشرط أساسي لإتمام الزواج وما يمكن أن يترتب عليه من حمل وإنجاب وتناسل على أن عدم الوصول إلى ذلك النضج لأي سبب من الأسباب لن يؤدي بطبيعة الحال إلى التناسل من ناحية، وقد يكون سبباً في فشل الزواج من ناحية ثانية . كذلك فإذا كانت هناك فئات معينة كفئات الاضطرابات النمائية عامة قد لا يصل الذكور فيها إلى النضج الجنسي فإن فئات الإعاقة الأخرى عادة ما يصل أعضاؤها إلى ذلك النضج دون تأخير، ولا يختلفون في الواقع عن أقرانهم غير المعوقين .

تاسعاً : القدرة على تحقيق الإشباع الجنسي

يمثل الدافع الجنسي واحداً من الدوافع الفطرية التي يولد بها الفرد، وهو كغيره من هذه الدوافع يتطلب أن يتم إشباعه . ولكننا ينبغي أن ننتبه إلى أن ذلك الإشباع ليس مفتوحاً في الواقع، ولكنه مرهون بالزواج امتثالاً لما أمرنا به الله سبحانه وتعالى حيث قال سبحانه في الآية ٢٢٣ من سورة البقرة (**نساؤكم حرث لكم فأتوا**

حرثكم أنى شئتم ...)، ونهانا سبحانه في ذات الوقت عن ارتكاب فاحشة الزنا، واعتبرها من الكبائر، وحرمها علينا بشكل واضح حيث قال في الآية ٣ من سورة النور بعد الحديث عن عقاب الزانية والزاني **(... وحرم ذلك على المؤمنين)**، بل إنه سبحانه قد نهانا حتى عن الاقتراب من المقدمات التي تؤدي إلى الزنا فقال سبحانه في الآية ٣٢ من سورة الإسراء **(ولا تقربوا الزنا إنه كان فاحشة وساء سبيلاً)** . وقد أمرنا الرسول الكريم ﷺ بالزواج وحثنا عليه حتى لا نرغب عن سنته ﷺ حيث قال **(فمن رغب عن سنتي فليس مني)**، وأمرنا كذلك بالزواج والتناسل فقال **(تناكحوا تناسلوا فإني مباه بكم الأمم يوم القيامة)**، وربط الزواج بالاستطاعة فقال **(يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج)**، وأكد على ضرورة موافقة ولي البنت البكر دون الثيب .

وعندما يتم الزواج يصبح إشباع الدافع الجنسي آنذاك ممكناً، بل إن قضية الإشباع هذه إنما تسهم إلى حد كبير في استقامة الحياة الزوجية واستمرارها والوصول إلى التوافق الزواجي، كما أنها قد تسهم حتى في عدم استمرار الحياة الزوجية في بعض الأحيان وهو الأمر الذي تشهده في الواقع كثير من ساحات المحاكم في الوقت الراهن، بل وعلى مر العصور . ومن الملاحظ أن المتتبع للقضايا التي تتعلق بمثل هذه النقطة إنما يجد أن نسبة لا بأس بها من قضايا الانحرافات الجنسية قد ترجع في الأساس إلى عدم تحقيق الإشباع الجنسي للطرف المنحرف . وإذا كان هذا هو الحال بالنسبة للكثيرين من غير المعوقين فماذا عن أولئك الأفراد ذوي الإعاقات؟

من الجدير بالذكر أن بعض هذه الفئات لا يختلف كثيراً عن أقرانهم غير المعوقين في حين نجد أن هناك فئات أخرى تختلف تماماً عنهم . ومع ذلك فإن هناك تضارباً حول ما إذا كان يتم الوصول إلى الإشباع الجنسي بالوصول إلى حالة النشوة أم لا، وسواء كان الأمر كذلك أم لا فإن منهم ــ كأقرانهم غير المعوقين ــ من يصل إلى هذه الحالة، كما أن منهم من لا يصل إليها . وإذا كان عدد كبير من الأفراد ممن ينتمون إلى فئات مختلفة من فئات الأفراد ذوي الإعاقات كما يشير مايرز Myers (٢٠٠٦) لا يتمكنون في علاقاتهم الجنسية من الوصول إلى حالة النشوة كما يرى الكثيرون فإن هذه الحالة رغم أهميتها ما هي إلا حالة لحظية، كما أن مثل هذا القول بذلك ينكر عليهم حقيقة أن العلاقة الجنسية يمكن أن تكون

مشبعة دون الوصول إلى حالة النشوة هذه حيث أن تلك العلاقة في جوهرها إنما هي إعطاء متعة، وتلقي متعة من طرفيها إذ يقوم كلاهما بإعطاء المتعة للآخر الذي يتلقى تلك المتعة بدوره من شريكه . ويمكن أن تسير الأمور من وجهة نظره على هذه الشاكلة حيث يحاول كل طرف أن يسعد الآخر بحسب استطاعته دون الحاجة إلى الوصول إلى حالة النشوة تلك رغم أهميتها للطرفين كليهما وذلك حال الوصول إليها وهو ما يعني أن التركيز هنا يكون على محاولة إسعاد كل طرف للآخر . وتؤكد الجمعية الأمريكية لعلم النفس (٢٠٠٩) *APA* على هذا الأمر وذلك في تلك الإرشادات التي تقدمها للأخصائيين النفسيين حتى يتم إتباعها والعمل بها عند التعامل مع الأفراد ذوي الإعاقات، وتقييم أوضاعهم، واقتراح برامج التدخل اللازمة للتعامل معهم إذ أنها حاولت أن تقدم إرشادات تتعلق بمثل هذا الجانب، وتتفق في طبيعتها مع هذه النظرة حتى لا تكون هناك أي آثار سلبية يمكن أن تترتب على ذلك، وتلقي بظلالها على حياتهم الزوجية . ومن ثم فهي تؤكد على حقيقة أن يقدم كل طرف المتعة إلى الطرف الآخر بحسب حالته وقدرته .

ومن جانب آخر يذكر جيمس ماكافي وباميلا وولف (٢٠٠٩) McAfee& Wolfe أن كثيراً من المختصين عادة ما ينظرون إلى غالبية الأفراد ذوي الإعاقات على أنهم موضوعات للعروض الجنسية فقط حيث عادة ما يتعرضون لإساءة المعاملة الجنسية، أو الاغتصاب كما تمت الإشارة إلى ذلك . ومن ثم فإن الأمر على هذه الشاكلة لا يرتبط بالزواج وتكوين أسرة، ولا يرتبط بمدى تحقيق الإشباع الجنسي لأنه لا يتضمن في الواقع موافقة طرفين متزوجين على تلك الممارسة حيث يريان أنه لا بد من حدوث موافقة من جانب طرفي العلاقة على القيام بتلك الممارسة . وعادة ما تأخذ الموافقة من وجهة نظرهما ثلاثة أشكال يمكن أن نعرض لها على النحو التالي :

أ- الحق في رفض عرض بهذه الممارسة يتقدم به الطرف الآخر .

ب- الحق في قبول عرض بهذه الممارسة يتقدم به الطرف الآخر .

جـ- الحق في التقدم بعرض بهذه الممارسة إلى الطرف الآخر .

ومن جهة أخرى فإن مثل هذه الموافقة إنما تتضمن في واقع الأمر ثلاثة مكونات هامة وأساسية لا يمكن لنا أن ننظر إليها بعيداً عن تلك المكونات بأي حال من الأحوال حيث يجب أن يتم تقييمها كحالة - أي حالة الموافقة - *consent* في ضوء ما تتضمنه من مكونات . وهذه المكونات هي :

أ- المعرفة *knowingness* وتعني وجود معلومات كافية لدى الفرد تتعلق بطبيعة ذلك العرض الذي يتقدم به الطرف الآخر .

ب- الإرادة *voluntariness* والقبول، ويعني عدم وجود أي دليل على الإجبار سواء في مظهره الإيجابي كالإغراء غير المعقول أو غير المنطقي، أو في مظهره السلبي كالتهديد على سبيل المثال .

جـ- الكفاءة *competence* أي القدرة على استخدام واستغلال المعلومات الموجودة لديه حول ذلك العرض، والتفكير في ما يمكن أن يترتب على ذلك وتدبره، أي النتائج المتوقعة لذلك، والتفكير في ما يمكن أن يحدث من احتمالات سواء على المدى القريب أو البعيد .

ومما لا شك فيه أن هذه النقطة الأخيرة ـ الكفاءة ـ إنما تثير بعض الفضول حيث أنها عادة ما تتوقف على عدد من المتغيرات الهامة في هذا المضمار والتي عادة ما تتمثل في متغيرات العمر الزمني، والقدرة الجسمية، والقدرة العقلية، والوضع الراهن للفرد، وما يمر به من ظروف . وفي هذا الإطار فإن العمر الزمني هو السن الذي يسمح فيه للأفراد بالزواج، والذي عادة ما يشهد النضج الجنسي اللازم لذلك، أما القدرة أو المقدرة سواء الجسمية أو العقلية فهي مسألة متغيرة لأنها تتحسن بالتعليم والتدريب، وإتاحة الفرص المناسبة لممارسة اتخاذ القرارات، أي أنها تتأثر بالتعليم والتعلم، كما أنها تتضمن أيضاً فهم الطبيعة الفسيولوجية والخلقية للفعل موضع النقاش، بينما يعكس الوضع الراهن للفرد ما نشهده من اهتمام غير مسبوق بمثل هذه الفئات، وعدم التمييز بينهم وبين أقرانهم غير المعوقين على أساس الإعاقة، ووجود كم معقول من الخبرات لديهم يكون من شأنه أن يسهم في اتخاذ القرارات الضرورية واللازمة في هذا الإطار . ومن الاعتبارات ذات الصلة هنا أيضاً ما يتم فرضه من أساليب حماية *protection* على هؤلاء الأفراد تمنع أي نوع من الاستغلال لهم، أو إساءة معاملتهم .

ومن الجدير بالذكر أن الأمر لا يقف عند حدود الإشباع الجنسي على الرغم من أهميته بالنسبة لاستقرار واستمرار الحياة الزوجية إذ أن هناك أموراً معينة تترتب على عملية الاتصال الجنسي أو الممارسة الجنسية يأتي في بدايتها الإشباع الجنسي، ثم تأتي أمور أخرى تترتب عليها إجراءات عديدة من أهمها الحمل والولادة، والإجهاض في بعض الحالات، والتعرض لبعض الأمراض التي عادة ما

يـتم انتقالهـا بـين الأشـخاص عـن طريـق الاتـصال الجنـسي . *sexually transmitted diseases* وبالتالي فإننا نجد أنفسنا هنا أمام عدة أمور هامة في هذا المضمار تتضمن أموراً من أهمها ما يلي :

١- تحقيق الإشباع الجنسي .
٢- حدوث الحمل والولادة .
٣- الإجهاض .
٤- التعرض لأمراض تنتقل بالاتصال الجنسي .

وبالنظر إلى تلك الأمور سنجد أنها محل نقاش أو جدل بالنسبة لبعض فئات الإعاقة فقط دون غيرها، أي أن هناك فئات أخرى كصعوبات التعلم، والاضطرابات السلوكية، وبعض حالات الإعاقة البصرية، ومثلها بالنسبة للإعاقة السمعية، وبعض حالات الإعاقة الجسمية قد لا نجد أنفسنا في حاجة إلى تناولها أو التحدث بشأنها . كما أن بعض هذه الأمور سوف نتناولها في موضع آخر ، ومن ثم فسوف نستمر في تركيزنا على الأمر الأول وهو تحقيق الإشباع الجنسي .

وفي هذا الإطار فإننا نؤكد على عدة حقائق من أهمها أن هناك حالات معينة لا يمكن أن يتحقق فيها مثل هذا الإشباع تحت أي ظروف، وأن بعض هؤلاء الأفراد قد لا يدركون ذلك الإشباع أو ما يمكن أن يتعلق به من أحداث، كما أن بعض الأفراد قد لا يكون بوسعهم أن يعطوا المتعة اللازمة في هذا الإطار أو يشعروا بها، ويتلقونها من جهة أخرى . وفضلاً عن هذا وذاك فإن المرض أو الاضطراب الذي يعاني منه الفرد ويتعاطى أدوية أو عقاقير معينة تعمل على تسكين الألم، كما أن كثيراً منها يتم إدراجه ضمن قوائم المخدرات عادة ما يكون من شأنه أن يعمل على ارتخاء العضلات وهو الأمر الذي لا بد أن يترك تأثيراً سالباً من الناحية الجنسية وذلك على كل من الذكر والأنثى فلا يمكن أن يتم بينهما اتصال جنسي آنذاك، وبالتالي لا يمكن أن يصل بهما الحال إلى الإشباع الجنسي المنشود . كذلك فإن هناك بعض الأفراد الذين ينتمون إلى إعاقات أخرى من بين تلك الإعاقات التي يمكن لأعضائها أن يصلوا إلى تلك الحالة يجدوا أنفسهم مضطرين إلى التناول المنتظم لعقاقير من هذا القبيل مما يترك أثره الواضح عليهم في هذا الإطار . وفضلاً عن ذلك فإن هناك حالات أخرى محددة ضمن الإعاقة السمعية ـ وليس كل حالات الإعاقة السمعية ـ كحالات الدوار مثلاً لا يستطيع الفرد فيها أن يجلس

متزناً، فما بالنا بتلك الحالة التي نتحدث عنها والتي تستحوذ على الفرد بكليته، وليس على جانب معين دون جانب آخر من جوانب شخصيته .

عاشراً : التناسل وتحسين النسل

من الجدير بالذكر أن الهدف الأسمى من الزواج إنما يتمثل في التناسل حيث يسعى كل من يتزوج إلى أن ينجب ولداً أو بنتاً وكلها هبة من الله حيث قال سبحانه وتعالى في الآيتين ٤٩ ، ٥٠ من سورة الشورى (**...يهب لمن يشاء إناثاً ويهب لمن يشاء الذكور * أو يزوجهم ذكراناً وإناثاً ويجعل من يشاء عقيماً إنه عليم قدير**). كذلك فإن كل إنسان لا يحب أن يكون هناك من هو أفضل منه إلا ابنه أو ابنته، أي أنه بذلك يسعى دوماً لكي يكون أولاده أفضل منه في كل شيء . ولكن الأمور قد لا تسير دوماً على هذه الشاكلة إذ قد يتضمن ذلك الإنجاب تعقيدات ومشكلات غير مرغوبة فتكون النتيجة أن الأفضلية المرغوبة بالنسبة للأبناء لن تتحقق، وبالتالي لن يحدث تحسين للنسل على أثر ذلك، بل إن ما قد يتحقق حينئذ بدلاً من ذلك قد يتمثل في إعاقة معينة أو أكثر يمكن أن تلحق بالطفل، وتلازمه طوال حياته فتؤثر عليه وعلى أسرته بصورة سلبية، وقد لا تمكنه من أن يكون امتداداً لأسرته واستمراراً لها حيث لن يتحقق تحسين النسل آنذاك نتيجة للإعاقة إذ ستكون النتيجة آنذاك إما عدم إنجاب لأي سبب من الأسباب، أو إعاقة تلحق بالطفل الذي سيتم إنجابه .

وفي هذا الإطار يذهب فيفر Pfeiffer (١٩٩٣) إلى أنه قد ساد الولايات المتحدة الأمريكية منذ النصف الثاني من عشرينيات القرن الماضي سلوكيات معينة تتعلق بتحسين النسل وفقاً لما قضت به المحكمة العليا هناك من ضرورة القيام بخصاء وتعقيم *sterilization* الأفراد ذوي الإعاقات إذ رأت آنذاك أن ذلك لا يمثل في الواقع انتهاكاً لحقوقهم الدستورية *not a violation of their constitutional rights* حيث كان يعد من وجهة نظرهم ضماناً للحد من فرص زيادة أعداد المعوقين وهو الأمر الذي قامت عليه حركة تحسين النسل *eugenics movement* بعد ذلك واتخذت منه أساساً لها مما ساهم في إزالة جميع العقبات التي كان من الممكن أن تحد من جهود مؤيدي حركة تحسين النسل .

eugenicists وفي عام ١٩٣٢ بلغ عدد الولايات الأمريكية التي كانت تطبق مثل هذه القوانين الخاصة بالخصاء والتعقيم ثلاثاً وثلاثين ولاية مما جعل عدد الأفراد ذوي الإعاقات الذين تم تعقيمهم وخصاؤهم حتى عام ١٩٦٤ يصل إلى ثلاث وستين ألف فرد من ذوي الإعاقات المختلفة .

ويضيف روسيل (١٩٩٨) Russell أن مئات الآلاف من الأفراد ذوي الإعاقات والتي تتراوح بين الإعاقة الفكرية إلى الإعاقة البصرية والإعاقة السمعية والإعاقات السيكاترية كان قد تم القيام فعلاً بخصائهم أو تعقيمهم إبان الحكم النازي. *under the Nazi regime* وفضلاً عن ذلك فقد كانت تتم مهاجمة الأفراد ذوي الإعاقات على أنهم يعدون بمثابة عقبات تحول دون التنمية الاقتصادية في الولايات المختلفة مما كان من أثره قيام الأطباء بالتخلص من الأطفال الرضع وأقرانهم صغار السن الذين يبدون أي مؤشرات للإعاقة حتى أن عدد الأطفال الذين تم قتلهم عن طريق الحقن المميتة *lethal injection* والمجاعات، وإساءة المعاملة، والأسلحة الكيماوية قد بلغ خمسة آلاف طفلاً عام ١٩٤٥ . ومنذ عام ١٩٣٩ تم التوسع في استخدام ذات البرنامج ليشمل المراهقين والراشدين أيضاً أي أنه قد أصبح حينئذ يتم التخلص من المراهقين والراشدين ذوي الإعاقات على أثر ذلك مما نتج عنه قتل مئات الآلاف منهم قبل أن ينتهي ذلك البرنامج في عام ١٩٤١ .

وعلى النقيض من ذلك يذهب مايرز (٢٠٠٦) Myers إلى أن الحكومة السويسرية على سبيل المثال قد أطلقت في عام (٢٠٠٦) حملة تدعو إلى الجنس وتحض عليه بغض النظر عن الإعاقة *sex, irrespective of disability campaign* والتي تساعد الأفراد ذوي الإعاقات من خلالها على ممارسة الجنس بصفة دورية مما يكسبهم الخبرة في هذا المجال، وأوجدت مواقع على الشبكة الدولية خاصة بالمواعيد الغرامية بين هؤلاء الأفراد، وشجعت أي فرد من الأفراد غير المعوقين يعجب بأي فرد من المعوقين على الزواج منه، وعملت على تقديم التربية الجنسية للأفراد ذوي الإعاقات حيث أكدت نتائج العديد من الدراسات في هذا المضمار أن الأفراد ذوي الإعاقات وخاصة أولئك الذين يعانون من الإعاقات النمائية وعلى رأسهم ذوو الإعاقة الفكرية إنما يخبرون في الواقع معدلات مرتفعة من الاستغلال الجنسي، والاغتصاب، وإساءة المعاملة الجنسية *sexual abuse*

فضلاً عن وجود العديد منهم ممن يعدون ضحايا للممارسات الجنسية غير الشرعية حتى تتمكن من خلال مثل هذه التربية أن تحد من تلك الأمور التي يتعرضون لها .

ومما لا شك فيه أن الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية والحسية بوسعهم أن يتزوجوا، وأن ينجبوا، وأن يحسنوا تربية أطفالهم . وهذا أمر ليس محلاً للنقاش، إلا أن المسألة التي تتعلق بتحسين النسل هي ما يمكن أن يخضع لذلك الجدل والنقاش حيث أن مثل هذه المسألة إنما تعتمد في الأساس على أن تكون مثل هذه الإعاقة خلقية وليست مكتسبة حيث نجد أن الإعاقة الخلقية أي التي يولد الفرد بها في واقع الأمر مهما كان نوعها، ومهما كانت طبيعتها يمكن أن تنتقل بالوراثة حيث يظل هناك احتمال لا تقل نسبته عن ٥٠ % على الأقل بأن يعاني الطفل الذي سيتم إنجابه من الإعاقة ذاتها، أما الإعاقة المكتسبة فقد تختلف الأمور بالنسبة لها عن ذلك بصورة كبيرة .

ومن جهة أخرى فإن الأنثى من ذوي متلازمة أعراض داون *Down syndrome* في الواقع لا تختلف عن قريناتها غير المعوقات من حيث النضج الجنسي، والخصائص الجنسية، واستمرارية الدورة الشهرية وانتظامها، والخصوبة، وإمكانية الإنجاب . إلا أن احتمال إنجابها لطفل معوق إذا ما تزوجت من شخص غير معوق يصل إلى ٥٠ % تقريباً، أما الذكر من المتلازمة ذاتها فهو في الغالب لا يقوى على الإنجاب، ولا يتسم بالخصوبة إذ أن البيانات العلمية التي تتعلق بخصوبة الرجال من تلك المتلازمة محدودة للغاية، وتكاد تكون منعدمة . ووفقاً لذلك فإن مثل هذا الشخص إذا ما تزوج فإنه لن ينجب، ولن يكون قادراً على الإنجاب بطبيعة الحال وذلك على الرغم من قدرته على إقامة علاقات غرامية، وقدرته على الحب، وتمتعه بقدر يسير من المهارات الاجتماعية، والتعلق . ومع ذلك فإن الذكر والأنثى من ذوي متلازمة أعراض داون يخبرون العديد من المشاعر الجنسية التي يخبرها غيرهم من الأفراد غير المعوقين، ولكنهم قد لا يجيدون التعبير الصحيح عنها، وقد لا يميزون بين التوقيت المناسب والتوقيت غير المناسب لذلك .

ويشير كازدين Kazdin (٢٠٠٣) إلى أن معظم الدراسات التي تتناول اختلال الأداء الوظيفي الوالدي من جانب والدي الطفل الذي يعاني من الاضطراب السلوكي توضح أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأجداد كل من الأطفال والمراهقين

الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع ـ أجدادهم لآبائهم وأمهاتهم ـ أن يبدون اضطرابات سلوكية كالسلوك الإجرامي، وتعاطي الكحوليات على سبيل المثال وذلك قياساً بأجداد أقرانهم من الأطفال والمراهقين الذين لا تصدر عنهم مثل هذه السلوكيات المضادة للمجتمع . كذلك فقد أوضحت الدراسات الطولية أن السلوك العدواني يكون ثابتاً عبر الأجيال في الأسرة الواحدة . وفضلاً عن ذلك فإن مستوى العدوانية لدى الوالد عندما كان في نفس العمر الزمني لطفله في الوقت الراهن يعد هو أفضل مؤشر أو منبئ بمدى عدوانية ذلك الطفل . وبوجه عام نلاحظ أن وجود تاريخ للسلوك العدواني أو السلوك المضاد للمجتمع في أسرة الطفل يزيد من احتمال قيامه بمثل هذه السلوكيات، ويعد بالتالي من العوامل المساعدة على حدوث ذلك . ومن جهة أخرى فقد كشفت دراسات التبني أن الطفل غالباً ما يبدي تلك السلوكيات التي كان يبديها والده البيولوجي على الرغم من ابتعاده وانفصاله عنه، وعدم تعامله معه، أو ملاحظته لما يبديه من سلوكيات مضادة للمجتمع، واقتصار مشاهداته على تلك السلوكيات الإيجابية التي عادة ما تصدر عن والده بالتبني . وفضلاً عن ذلك فإن هناك اتفاقاً على أن احتمال حدوث الاضطراب السلوكي لدى الطفل إنما يرتبط بدرجة أكبر في واقع الأمر بوجود اختلال في الأداء الوظيفي لدى والديه أحدهما أو كليهما .

وقد ذكرنا من قبل أن هناك أموراً معينة تترتب على عملية الاتصال الجنسي أو الممارسة الجنسية بداية من الإشباع الجنسي، ثم حدوث الحمل والولادة، واللجوء إلى الإجهاض في بعض الحالات حتى يتم التخلص من الجنين، ثم أخيراً التعرض لبعض الأمراض التي تنتقل بين الأشخاص عن طريق الاتصال الجنسي . فطالما تم الاتصال الجنسي بين زوجين ناضجين جنسياً يكون من الطبيعي أن يحدث الحمل، ثم الولادة وهو الأمر الذي ننتظره كناتج أساسي للزواج . إلا أن الأمر قد يشهد حدوث أشياء أخرى غير ذلك فقد يتعرض الجنين لبعض الأمور التي تجعله معوقاً أو مشوهاً، أو قد يشك البعض في أن الجنين معوقاً . وهنا قد يرى البعض أن يتم التخلص منه خشية ذلك بغض النظر عن مدى مشروعية مثل هذا الفعل، وبالتالي يحدث الإجهاض . وفضلاً عن ذلك فإن هناك بعض الأمراض التي عادة ما تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي مثل الإيدز والهربز وغيرها، وعندما يحدث ذلك يصير لدينا احتمالان كلاهما صعب إذ يتمثل أولهما في انتقال

ذلك المرض إلى الجنين مما يكون من شأنه أن يؤثر عليه فيولد معوقاً أو مريضاً بمرض مزمن يجعلنا نقوم بتصنيفه في إطار فئة الإعاقات الجسمية والحركية . أما الاحتمال الثاني فيتمثل في انتقال ذلك المرض من أحد الزوجين إلى الزوج الآخر فيصير الزوجان كلاهما مصاباً بمثل هذا المرض مما يترتب عليه احتمال قد تصل نسبته إلى ١٠٠ % بأن يولد لهما طفل مصاب بهذا المرض فيتم تصنيفه في إطار فئة الإعاقات الجسمية والحركية . ومن ثم تصبح النتيجة زيادة في أعداد الأفراد ذوي الإعاقات، وزيادة في الضغوط التي يمكن أن تواجهها الأسرة من جراء ذلك وتعاني منها، وزيادة في الأعباء التي يمكن أن تتحملها الأسرة على أثر ذلك، وزيادة في الأعباء التي تتحملها الحكومة أو الدولة وذلك على هيئة خدمات أو مساندات وخلافه .

وجهة نظر

بعد أن تناولنا على امتداد هذا الفصل تلك الشروط والمقومات اللازمة للزواج الناجح وذلك بين الأفراد بصفة عامة، وقمنا بعرض كل منها، وتفسيره، وحاولنا أن نقوم بتقييم وضع الفئات المختلفة للإعاقة وذوي الإعاقات في ضوء كل شرط أو مقوم من تلك الشروط والمقومات فإننا نرى في النهاية أننا بذلك قد قمنا بتوضيح ما يمكن أن نعتبره نقاط قوة، ولا أقول إيجابيات، وما يمكن أن نعتبره نقاط ضعف أو سلبيات تتعلق بكل فئة من تلك الفئات وهو الأمر الذي من شأنه أن يساعدنا كثيراً في اتخاذ القرار الصعب والهام في هذا الإطار والذي يتمثل في تناول ما يتعلق بأمر زواجهم، والسماح بذلك، أم لا .

ونحن نرى أن هذا الأمر ما هو إلا أمر نسبي حيث قد يأخذ به البعض، وقد يرفضه غيرهم بمعنى أن البعض قد يوافق على زواج هؤلاء الأفراد، وأن البعض الآخر قد لا يوافق على ذلك بحسب ما يكون لديه من أسباب . ونحن في هذا المضمار لا نملك إلا أن نحترم رغبة، ووجهة نظر كل منهم، وما يتخذه من قرارات . ولكن المهم بالنسبة لنا أننا قد تناولنا هذا الموضوع بشكل علمي، وبصورة منطقية تجعل الحقائق والأمور المختلفة فيه أكثر جلاء ووضوحاً، وتساعد متخذي القرارات في هذا الصدد على أن يتخذوا القرار الصائب إذا ما رغبوا في ذلك .

* * *

مراجع الفصل الرابع

ألان كازدين (٢٠٠٣) . **الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين** (ط ٢) (ترجمة عادل عبدالله محمد) . القاهرة : دار الرشاد (الكتاب الأصلي منشور ١٩٩٦) .

دانيال هالاهان، وجيمس كوفمان (٢٠٠٨) . **سيكلوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم : مقدمة في التربية الخاصة** (ترجمة عادل عبدالله محمد) . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٠٧) .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤- أ) . **الإعاقات الحسية** . القاهرة : دار الرشاد .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤- ب) . **الإعاقات العقلية** . القاهرة : دار الرشاد .

American Psychological Association APA. (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: APA.

American Psychological Association APA. (2009). *APA task force on guidelines for assessment and treatment of persons with disabilities*. Washington, DC: APA.

Bryan, W. (2007). *Multicultural aspects of disabilities: A guide to understanding and assisting minorities in the rehabilitation process* (2nd ed.). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Chen, R., Brodwin, M., Cardoso, E.,& Chan, F. (2002). Attitudes toward people with disabilities in the social context of dating and marriage: A comparison of American, Taiwanese, and Singaporean college students` attitudes toward disability. *Journal of Rehabilitation*, 44(4), 325- 339.

Dunn, D.,& Dougherty, S. (2005). Prospects for a positive psychology of rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 305- 311.

Knowles, J. (2007). *Why are married men working so much? The macroeconomics of bargaining between spouses*. IZA Disussion Papers 2909, Institute for the Study of Labor (IZA).

Leigh, I.,& Brice, P. (2003). The visible and the invisible. In J. Robinson& L. James (Eds.). *Diversity in human interactions: The tapestry of America* (pp. 175- 194). New York: Oxford University Press.

Marini, I. (2001). Cross- cultural counseling issues of males who sustain a disability. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 32, 36- 41.

McAfee, J.,& Wolfe, P. (2009). *Individuals with significant disabilities and consent to sexual activities*. Baltimore, MD: TASH Publishers.

Meyer, B.,& Mok, W. (2006). *Disability, earnings, income, and consumption*. Working Paper, Institute for the Study of Labor (IZA).

Myers, L. (2006). Sexuality and people with disabilities. *2006 Rehabilitation and Transition Conference*. New York: Sex Information and Education Council of the U.S., April 19.

Olkin, R. (2002). Could you hold the door for me? Including disability in diversity. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8 (2), 130- 137.

Pfeiffer, D. (1993). Overview of the disability movement: History, legislative record, and political implications. *Policy Studies Journal*, 21 (4), 726.

Reed, B. (2002). Assistive technology. In J. Andrew& C. Faubion (Eds.). *Rehabilitation services: An introduction for the human professional services* (pp. 198- 237). Osage Beach, MO: Aspen Professional Services.

Rubin, S.,& Roessler, R. (2001). *Foundations of the vocational rehabilitation process* (5th ed.). Austin, TX: Pro- Ed.

Russell, M. (1998). *Beyond ramps: Disability at the end of the social contract*. Monroe, ME: Common Courage Press.

Smart, J.,& Smart, D. (2007). Models of disability: Implications for the counseling profession. In A. Dell Orto& P. Power (Eds.). *The psychological and social impact of illness and disability* (5th ed., pp. 75- 100). New York: Springer.

Switzer, J. (2008). *Disabled rights: American disability policy and the fight for equality* (2nd ed.). Georgetown University Press.

Wilson, S. (2003). *Disability, counseling, and psychotherapy*. London: Palgrave.

* * *

القضية الخامسة

التأهيل المرتكز على المجتمع

مقدمة

يعد التأهيل بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقات من الأمور الضرورية والتي تحتل درجة كبيرة من الأهمية وذلك في سبيل إعدادهم للحياة في المجتمع، ومساعدتهم على الاندماج مع أعضاء هذا المجتمع حيث يتم بواسطته علاج بعض أوجه القصور التي يعانون منها، وتنمية بعض جوانب القوة التي تميزهم، واستغلالها الاستغلال الأمثل حتى يتم تحقيق الأهداف المنشودة في هذا الإطار . وقد يتراوح التأهيل المنشود بين تأهيل اجتماعي، وتأهيل صحي، وتأهيل تربوي، وتأهيل مهني، أو قد يمثل كل ذلك جوانب محددة، أو مكونات تتضمنها عملية التأهيل التي يتم تقديمها في هذا الإطار .

ومن الجدير بالذكر أن المجتمعات الريفية كانت أسبق من المجتمعات الحضرية في تطبيق ذلك المفهوم حيث لاحظنا على امتداد الحياة وجود بعض الأفراد ذوي الإعاقات ممن يعيشون في مجتمعات ريفية يكادون ينصهرون مع أقرانهم غير المعوقين في المجتمع حيث يحظون بتقبلهم، ويرتبطون معهم بمشاعر عديدة من الحب والود والوئام، ويتلقون المساعدة عندما تدعو الحاجة إلى ذلك . وربما كان يرجع ذلك إلى بساطة الحياة في تلك المجتمعات، ومعرفة الناس لبعضهم البعض، ووجود قدر كبير من الترابط الاجتماعي والانفعالي فيما بينهم وهو الأمر الذي لم يكن موجوداً في المدينة حيث الحياة أكثر تعقيداً، وكان الناس أكثر تبايناً واختلافاً، وكانت تقل بينهم تلك الروابط التي توجد في الريف . وعلى الرغم من حدوث تغير واضح في تلك المنظومة من كل جوانبها في وقتنا الراهن فإن الريف لا يزال مع ذلك أكثر تماسكاً من المدينة .

ومنذ ما يقارب ثلاثة عقود من الزمان تقريباً ظهر اتجاه جديد في تأهيل الأفراد ذوي الإعاقات يعتمد على دمجهم في مجتمعاتهم المحلية، ويساعدهم على المشاركة الفعالة في شئون تلك المجتمعات على أن يتولى القيام بذلك مصادر أو داعمون من

هذه المجتمعات المحلية إلى جانب أخصائيون ومشرفون توكل إليهم الحكومة مهمة الإشراف على تلك العملية برمتها في الوقت الذي تتولى فيه الحكومة مهام التخطيط لذلك التأهيل، وتنفيذه، والتعاون مع المجتمعات المحلية في سبيل ذلك إلى جانب تقييم هذا النسق برمته . ويعرف ذلك الاتجاه في واقع الأمر باسم التأهيل المرتكز على المجتمع *community- based r+ehabilitation CBR* ويعتمد بالدرجة الأولى على إمكانات المجتمع المحلي الذي يتم فيه مثل هذا التأهيل دون الحاجة إلى الحصول على أي مصادر أخرى من أي مجتمع محلي آخر مما جعله ينتشر بسرعة ويزدهر وخاصة بين الدول النامية والتي لا تتوفر فيها الإمكانات المادية التي تحظى بها الدول المتقدمة . كذلك فإن هناك العديد من النتائج الإيجابية التي يمكن أن تترتب عليه، والتي تترك تأثيراتها الإيجابية على الأفراد ذوي الإعاقات، وعلى أسرهم، بل وعلى المجتمع المحلي كله .

التأهيــــل

تشير منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٩) WHO إلى أن الحاجة إلى التأهيل قد ازدادت على المستوى العالمي في واقع الأمر بعد الحرب العالمية الثانية *world war II* حيث خلفت تلك الحرب وراءها أعداداً كبيرة من الأفراد ذوي الإعاقات وخاصة الإعاقات الجسمية والذين كانوا في حاجة ماسة إلى الحصول على الخدمات التأهيلية اللازمة حتى يتم إعادة دمجهم في المجتمع من جديد . وفي هذا الإطار أنشأت الأمم المتحدة عام ١٩٥١ وحدة للتأهيل *a United Nations rehabilitation unit* وأعقبها بطبيعة الحال ظهور العديد من المنظمات الحكومية والمنظمات غير الحكومية ذات الصلة بهذا الأمر في العديد من دول العالم . وعملت الأمم المتحدة على نقل هذا الاهتمام إلى الدول النامية أيضاً حتى لا يكون منحصراً في الدول المتقدمة فقط إذ أن الدول المتقدمة والدول النامية كليهما قد وجدت فيها مثل هذه الحالات دون أي تمييز .

وقرب نهاية عقد الستينيات من القرن المنصرم كان هذا الاتجاه كما تشير منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٣) WHO قد انتشر إلى حد معقول في الدول النامية، وكان من نتيجته أن ظهر على الأقل في تلك الدول الحد الأدنى من الخدمات التأهيلية وذلك في عواصمها وفي مدنها الكبيرة . ومع ذلك فلم يكن من

الممكن آنذاك أن تصل تلك الخدمات إلى كل أعداد الأفراد ذوي الإعاقات والذين كانوا في حاجة فعلية إليها وخاصة أولئك الذين كانوا يعيشون في الريف بصفة عامة بما يضمه من قرى ونجوع وكفور وعزب، أو ما إلى ذلك . وعلى هذا الأساس فقد حاولت منظمة الصحة العالمية *WHO* ومنظمة العمل الدولية *International Labor Organization ILO* والكثير من المنظمات المعنية أن تبحث عن بدائل لذلك فقاموا في السبعينيات من ذات القرن بمحاولة نقل الخدمات التأهيلية من مستوى المراكز والمستشفيات الموجودة بالمدن الكبيرة إلى المجتمعات المحلية فظهر بالتالي التأهيل المرتكز على المجتمع *community-based* كنتيجة طبيعية لمثل هذا التطور وما شهده من مبادرات مختلفة بدأت منذ نهايات السبعينيات، واستمرت طوال عقدي الثمانينيات والتسعينيات وذلك في العديد من دول أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية .

كذلك فقد ظهر هذا الاتجاه كما ترى كريستين ماكدونيل وإيرفين (٢٠٠٣) MacDonell & Ervin نتيجة لوجود العديد من التحديات أو الصعوبات التي واجهت التأهيل المؤسسي أي الذي يتم في إطار مؤسسات معينة وليس خارجها بمعنى أن نذهب بالحالة إلى مكان التأهيل لكي نحصل على خدمات التأهيل والرعاية مع العلم بأن التأهيل المؤسسي إنما يتطلب الكثير من الإمكانات المختلفة من أهمها الإمكانات المادية التي قد لا تتوفر في الواقع لدى الكثيرين في المجتمعات المحلية . وبالتالي فإن التأهيل المرتكز على المجتمع يعمل في الأساس على تنمية المجتمع، وتحسين قدرات الأفراد ذوي الإعاقات ومهاراتهم، ويعمل على دمجهم في المجتمع، ويتيح لهم فرص المشاركة فيه، وتفعيل واستخدام كافة موارد وخدمات المجتمع إلى أقصى قدر ممكن . ومن ثم فقد ظهر هذا الاتجاه كرد فعل لتلك المشكلات والصعوبات التي واجهت التأهيل المؤسسي حتى يعمل على مواجهتها والحد منها، وتحقيق أقصى قدر ممكن من الاستفادة مما يمكن أن يتاح من موارد ومصادر في المجتمع المحلي . ويشير ويرز وتوماس (٢٠٠٢) Wirz& Thomas إلى أن هناك العديد من هذه التحديات من أهمها ما يلي :

١- عدم القدرة على تلبية احتياجات الأفراد ذوي الإعاقات من خلال الخدمات المقدمة .

٢- سوء توزيع الخدمات وافتقاده للعدالة .
٣- ارتفاع التكلفة المادية اللازمة .
٤- بطء التنفيذ .
٥- تناقص مستوى الخدمات المقدمة .
٦- عزل الأفراد ذوي الإعاقات عن المجتمع وعزل المجتمع عنهم .
٧- نقص ارتباط التأهيل بالتنمية .
٨- محدودية أدوار الأفراد ذوي الإعاقات وأسرهم .

التأهيل المرتكز على المجتمع

يعد التأهيل المرتكز على المجتمع *community- based rehabilitation* *CBR* من الاتجاهات التي برزت حديثاً في مجال تأهيل الأفراد ذوي الإعاقات بصفة عامة، ومع ذلك فقد انتشر بدرجة كبيرة في دول العالم على وجه العموم، وفي الدول النامية على وجه التحديد نظراً لأنه يعتمد على تأهيلهم في إطار المجتمع المحلي بما يتوفر فيه من إمكانات، وما يمكن أن يتيحه من مصادر يمكن استغلالها بشكل أو بآخر . وهو الأمر الذي يجعل من هذا الاتجاه أسلوباً مميزاً ووسيلة جادة يمكن أن نعمل بموجبها على تحسين جودة الحياة للأفراد ذوي الإعاقات بصفة عامة وأسرهم حيث يتم من خلاله تلبية حاجاتهم الضرورية، والتأكيد على اندماجهم الفعلي في المجتمع، ومشاركتهم لأعضائه وخاصة من غير المعوقين بصورة واقعية وحقيقية .

ونظراً لأن فلسفة هذا الاتجاه في التأهيل إنما تعتمد في الأصل على البيئة المحلية التي ينشأ فيها مثل هؤلاء الأفراد بكل ما تضمه من عناصر، ومقومات، وأفراد، ومصادر مختلفة تتم إتاحتها لجميع الأفراد فيها فإن الأمر بذلك لا يتطلب في الواقع اللجوء إلى مصادر أخرى، أو إتاحة أي عناصر لا تتوفر في تلك البيئة . وهذا يعني أن التأهيل في مثل هذه الحالة إنما يتم وفق هذا الإطار مما يجعل هناك بعض أوجه الاختلاف بين البيئات المتنوعة في هذا الصدد نظراً لاختلاف مقومات كل منها . وقد كان هذا سبباً كافياً لانتشار ذلك النمط من التأهيل في الدول النامية على وجه الخصوص وهو الأمر الذي لا يعني في الواقع استبعاد حدوثه في الدول

المتقدمة إذ أن هناك الكثير من الدول المتقدمة تأخذ به، وتعمل على تطبيقه كأحد أهم الأساليب الواعدة في التأهيل حيث أنه يعمل على إعداد الأفراد ذوي الإعاقات للحياة في مجتمعاتهم المحلية المختلفة والمتنوعة، والاندماج فيها اندماجاً فعلياً كاملاً . أما في الدول النامية فإن الأمر لا يتطلب في الواقع الحصول على أي مقومات أخرى غير تلك المقومات التي توجد فيها بالفعل، ومن ثم فإنها قد اعتبرت مثل هذا الأمر كافياً بطبيعة الحال لكي تأخذ بهذا الاتجاه في التأهيل، وتعمل به مما جعله ينتشر سريعاً في كل أرجاء العالم وخاصة بين دوله النامية .

وحينما نستخدم مصطلح التأهيل المرتكز على المجتمع فإننا نقصد بذلك تلك الإستراتيجية التي عادة ما يتم استخدامها في سبيل تأهيل الأفراد ذوي الإعاقات بصفة عامة، ويتم من خلالها توفير الفرص المتكافئة أمام أفراد المجتمع جميعهم، وإتاحتها لهم لكي يتمكنوا من الحياة في مجتمعهم المحلي كل بحسب طريقته وأسلوبه، وأن يساعدهم على حدوث الاندماج الاجتماعي فيما بينهم جميعاً كأعضاء في هذا المجتمع المحلي سواء كانوا من ذوي الإعاقات أو كانوا من غير المعوقين، ومساعدتهم على التعايش معاً، وإتاحة الفرصة أمام الأفراد ذوي الإعاقات للعمل أي أداء تلك الأعمال التي تتطلبها بيئتهم المحلية، والتي تتفق مع قدراتهم وإمكاناتهم مهما كانت بسيطة ومحدودة وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يساعدهم على اكتساب عيشهم بتلك الطريقة حيث يدر ذلك عليهم الدخل الذي يساعدهم على أن يحيوا بصورة مقبولة إذ سيكون أمامهم آنذاك مهنة ثابتة يزاولونها، ويكتسبون عيشهم منها وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يضمن للواحد منهم دخلاً شبه ثابت يعتمد عليه في حياته، ويسهم بشكل جوهري في الحد من الفقر، ويضمن أن يكون لكل فرد في المجتمع المحلي بذلك دور حيوي وفعال في بناء ذلك المجتمع من خلال عمله الذي يقوم به ويؤديه ويحقق منه العائد المادي المطلوب . وهذا يعني أنه لن يكون هناك في الواقع أي شخص عاطل في المجتمع حتى من بين أولئك الأفراد ذوي الإعاقات وهو الأمر الذي يمكن أن يعود عليهم بالعديد من النتائج الإيجابية ذات الأهمية بالنسبة لهم، وبالنسبة لنا أيضاً، وبالنسبة لكل أعضاء المجتمع المحلي بشكل عام .

ومن الجدير بالذكر أن التأهيل المرتكز على المجتمع إنما يتطرق في الواقع كما يشير زنكين ومورلي (١٩٩٣) Zinkin& Morley وبال وآخرون (٢٠٠٢)

Pal et al. إلى عدد من المجالات التي تبلغ في مجملها خمسة مجالات أساسية تجعله متعدد القطاعات فهو يعتمد في المقام الأول على تعليم الطفل مهنة معينة من تلك المهن التي تتضمنها بيئته المحلية والتي تسود فيها، وتدريبه على القيام بها حتى يصل إلى درجة معقولة من الأداء المهني لها وذلك بصورة تتفق مع قدراته وإمكاناته (المكون التعليمي). كما يعمل أيضاً من جانب آخر على تعليم الطفل العادات الصحية السليمة، والممارسات الجيدة في هذا الصدد والتي عادة ما يكون من شأنها أن تحافظ عليه في صحة جيدة مع تدريبه على كيفية التصرف إذا ما شعر بالمرض (المكون الصحي) . وفضلاً عن ذلك يتم تعليم الفرد عن طريق هذا الاتجاه أن يندمج مع الآخرين في المجتمع بصورة كلية، وأن يساعده هؤلاء الآخرون على ذلك، وأن يتقبلونه، ويعتبرونه واحداً منهم، بل مثلهم تماماً (المكون الاجتماعي) وهو الأمر الذي يسهم بصورة إيجابية في تعليمه المهارات والأنشطة الحياتية المختلفة، وأداء أنشطة الحياة اليومية بصورة مقبولة في ضوء قدراته وإمكاناته (المكون الحياتي) . وبالتالي يتم تدريبه ومساعدته على أداء مهنة معينة، والقيام بدور محدد في مجتمعه المحلي، والمشاركة الإيجابية في بيئته، والحصول على عائد مادي مطلوب (التمكين) . وبذلك فإن هذا الاتجاه في التأهيل إنما يتضمن جميع جوانب الحياة في المجتمع المحلي أو البيئة المحلية، ويتطرق إليها مما ساهم كثيراً في إكسابه الشعبية التي حققها .

وفضلاً عن ذلك فإن التأهيل المرتكز على المجتمع إنما يعتمد في الأساس على الشراكة المجتمعية بين عدة أطراف تعد بمثابة الداعمين له أو القائمين عليه . *stakeholders* ويتمثل لب وجوهر هذا الاتجاه التأهيلي والذي يحرص عليه داعموه أو القائمون عليه في التركيز على الاندماج الكلي في المجتمع المحلي، والمشاركة الفعالة في الحياة الفعلية والواقعية في إطار هذا المجتمع المحلي بما تتضمنه من أنشطة الحياة اليومية المختلفة، وما يمكن أن تعكسه على الفرد ذي الإعاقة من آثار إيجابية يتحقق له بمقتضاها درجة معقولة ومستوى مقبولاً من جودة الحياة . *quality of life*

وعادة ما يمثل هؤلاء الداعمون المصادر الرئيسية على مستوى المجتمع المحلي ذاته *community* والتي عادة ما تتمثل في الأفراد ذوي الإعاقات أنفسهم،

وأسر هؤلاء الأفراد، والمتطوعين من أعضاء المجتمع المحلي، كما لا بد أن يكون هناك مدربون، ومشرفون يحرصون على تنمية مهارات هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات وأسرهم، وأن يقدموا المساعدة اللازمة لتلك الأسر لكي تعمل على متابعة تأهيل أولئك الأفراد ذوي الإعاقات في المنزل مع العلم بأن الخدمات التي تتاح في المجتمعات المحلية غالباً ما تكون محدودة . وفضلاً عن ذلك ينبغي أن تتاح لأولئك الأفراد فرص التعليم، والتدريب المهني، وحماية حقوقهم المختلفة، كما يجب أن تكون هناك لجنة معينة *committee* على المستوى المحلي ممثلة له تكون هي المسئولة عن تسيير مثل هذه الأمور الخاصة بالأفراد ذوي الإعاقات .

وعلى المستوى المتوسط *intermediate* يجب أن يكون هناك فريق من الخبراء والأخصائيين الذين تقوم الحكومة بتعيينهم لتقديم الخدمات المختلفة اللازمة لهؤلاء الأفراد، كما يقومون بالإشراف الفني والتدريبي على ما يتم من إجراءات على المستوى المحلي، ويقومون بخدمات الإحالة وخاصة إلى العيادات أو المستشفيات المتخصصة وذلك لتقديم التدخلات التي لا يكون من الممكن تقديمها في المجتمع المحلي . أما على المستوى القومي *national* فإن الأمر إنما يتطلب أن يكون هناك دور إداري وتنظيمي للحكومة فيما يتعلق بنسق التأهيل المرتكز على المجتمع على أن يتضمن ذلك الدور القيام بمهام التخطيط ، والتنفيذ، والتعاون مع المجتمع المحلي، وتقييم هذا النسق التأهيلي . وينبغي كذلك أن يتم هذا الدور بالتعاون مع المجتمع المحلي، والمستوى المتوسط من الإدارة، والقطاع غير الحكومي بما يضمه من منظمات وجمعيات للأفراد ذوي الإعاقات .

مفهوم التأهيل المرتكز على المجتمع

عادة ما يتم النظر إلى التأهيل المرتكز على المجتمع *CBR* وفقاً للتعريف الذي أشرنا إليه والذي تتبعه المنظمات التابعة للأمم المتحدة كمنظمة الصحة العالمية، ومنظمة اليونسكو، ومنظمة العمل الدولية، وغيرها في إطار ثلاثي وذلك على النحو التالي :

١- أنه إستراتيجية للتأهيل في إطار تنمية المجتمع المحلي .
٢- أنه أسلوب يحرص على تكافؤ الفرص أمام جميع أفراد المجتمع المحلي .

٣- أنه وسيلة لتحقيق الاندماج الاجتماعي لكل الأفراد ذوي الإعاقات في المجتمع المحلي .

وعلى هذا الأساس فإن التأهيل المرتكز على المجتمع وفقاً لذلك هو تلك الإستراتيجية التي يتم استخدامها في سبيل تأهيل الأفراد ذوي الإعاقات في المجتمع المحلي، والتي تحرص على تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص أمام جميع أفراد المجتمع المحلي سواء أفراده ذوي الإعاقات أو غير المعوقين، والتي تضمن لكل منهم أن يحصل على الخدمات التعليمية، والصحية، والاجتماعية، وأن يعمل بمهنة معينة وفق قدراته وإمكاناته، وأن يشارك في أنشطة الحياة اليومية في مجتمعه المحلي، وأن يحصل على حقوقه المختلفة بما يضمن بالتالي تحسين جودة الحياة بالنسبة له . ومن ثم يصبح هو الوسيلة التي يتم بموجبها تحقيق الاندماج الاجتماعي لكل الأفراد ذوي الإعاقات في المجتمع المحلي .

وبذلك فإن هذا النمط من التأهيل يصبح بمثابة شكل من أشكال الشراكة المجتمعية، وهو وإن كان يهدف إلى مساعدة الفرد ذي الإعاقة على أن يحيا حياة مستقلة فإنه لا يعني الحياة المستقلة مطلقاً، وبالتالي فهو ليس مرادفاً لها إذ أنها ما هي إلا مجرد هدف واحد من بين تلك الأهداف التي يسعى هذا الأسلوب التأهيلي إلى تحقيقها لأنه يعتمد في الأساس على الشراكة المجتمعية بين أطراف عدة من بينها الأفراد ذوو الإعاقات أنفسهم والذين تتم مساعدتهم وتأهيلهم في الواقع على أن يحيوا في بيئتهم المحلية الطبيعية بدلاً من وجودهم في مؤسسات خاصة بهم . وعلى هذا الأساس فإن مثل هذا الأسلوب إنما يسهم بصورة فعالة في تحسين جودة الحياة بالنسبة لهم من ناحية، ويحافظ على حقوقهم المختلفة من ناحية أخرى وهي تلك الحقوق التي تتضمنها المكونات المختلفة التي يضمها .

ويعد التأهيل المرتكز على المجتمع *CBR* كما يشير ليزاك وكوفيرت (١٩٩٤) Lysack & Kaufert بمثابة اتجاه متعدد القطاعات *multi- sectoral approach* حيث يتضمن في الواقع خمسة مكونات أساسية عادة ما يكون من شأنها أن تساعد الفرد ذي الإعاقة على أن يحيا في مجتمعه المحلي بصورة طبيعية كغيره من الأفراد الآخرين في مثل سنه . وتتمثل هذه المكونات فيما يلي :

١- المكون الصحي أو الصحة .

٢- المكون التعليمي أو التعليـم .
٣- المكون الحياتي أو الحياة اليومية .
٤- المكون الاجتماعي .
٥- التمكين . *empowerment*

ومن اليسير أن يتعرف المتتبع لتاريخ وتطور هذا الأسلوب في تأهيل الأفراد ذوي الإعاقات أنه قد برز وتطور خلال عقد الثمانينيات من القرن الماضي وهو الأمر الذي يجعل منه كما أشرنا اتجاها حديثاً في هذا الإطار . وفي الواقع يهدف هذا الاتجاه بصفة جوهرية إلى تقديم التأهيل اللازم للأفراد ذوي الإعاقات في أماكنهم الطبيعية أي في مجتمعاتهم المحلية وذلك عن طريق استخدام المصادر المحلية المختلفة التي تتوفر في البيئة المحلية لهؤلاء الأفراد، والتي تعد هي الأكثر شيوعاً وانتشاراً دون الحاجة إلى استقدام واستحداث أو استخدام أي مصادر غير موجودة في الواقع في البيئة المحلية أو المجتمع المحلي لأن مثل هذه المصادر إنما تستخدم هي الأخرى بطبيعة الحال في البيئة المحلية التي تتوفر فيها وهو ما يعني أن المصادر التي تتوفر في بيئة محلية معينة لا بد أن يتم استخدامها في تلك البيئة حيث سيتم في الأساس تأهيل مثل هؤلاء الأفراد للحياة في مثل هذه البيئة دون غيرها من البيئات الأخرى .

وفضلاً عن ذلك فإن المنظمات العالمية المختلفة كمنظمة اليونسكو *UNESCO* ومنظمة الصحة العالمية *WHO* وغيرها إنما تنظر إلى هذا الاتجاه في التأهيل باعتباره إستراتيجية لتأهيل الأفراد ذوي الإعاقات، كما يمكن أن يتم بموجبه كاتجاه أو بمقتضى تلك الإستراتيجية تحقيق تكافؤ الفرص المختلفة *equalization of opportunities* وإتاحتها أمام هؤلاء الأفراد للحياة في المجتمع المحلي، والاندماج الاجتماعي فيه وبين أعضائه، والعيش معهم إلى جانب اعتباره وسيلة للحد من الفقر *poverty reduction* عن طريق ما يمكن أن يتيحه أمام أولئك الأفراد من فرص للحياة والعمل في إطار المجتمع المحلي مما يمكن أن يترتب عليه قيام الواحد منهم بأداء مهنة معينة، والعمل بها، والتربح منها .

ويشير سبيع وآخرون (٢٠٠٩) إلى أن التأهيل المرتكز على المجتمع الذي يتم تقديمه للأفراد ذوي الإعاقة عادة ما يقوم على التفهم الواضح للإعاقة بجوانبها

المختلفة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وتقديم بيئة محيطة أفضل مما هي عليه لذوي الإعاقات، وتحسين مستوى حياتهم وجودتها . وبالتالي فهو يعد من هذا المنطلق بمثابة برنامج للتنمية الاجتماعية يعمل في سبيل تفعيل الطاقات على صعيد المجتمع، وإحداث تغيير في معارف الناس عن الإعاقة، ونظرتهم للأفراد ذوي الإعاقة، وسلوكهم تجاههم . كما يحاول الوصول بالإمكانات المختلفة الجسمية والعقلية للأفراد ذوي الإعاقات إلى مستواها الأقصى، والانتفاع بما يتم تقديمه لهم من خدمات وفرص للاندماج الاجتماعي . ومن جانب آخر فإن هذا البرنامج التأهيلي لا يعمل على تقديم المساعدة أو الخدمات فحسب للأفراد ذوي الإعاقة، بل يعمل أيضاً على إعطاء المجتمع ككل بما فيه الأفراد ذوي الإعاقة أنفسهم الفرصة للمشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بهم، وبما يعود من نفع عليهم وعلى المجتمع بأسره . وبالتالي فهو يعد بمثابة نهج شامل يعمل على تحقيق الوقاية، والإدماج، وتوفير فرص النشاط الاقتصادي المربح للراشدين ذوي الإعاقة .

ووفقاً لما تقرره منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٩) WHO فإن هناك أهدافاً معينة يسعى التأهيل المرتكز على المجتمع *community- based rehabilitation CBR* إلى تحقيقها والتأكيد عليها في إطار ما يمكن أن يتحقق من فوائد تتعلق بإعلان حقوق الأفراد ذوي الإعاقات والتي يمكن تحقيق غالبيتها من خلال العديد من الوسائل التي تبرز بصفة أساسية في هذا المضمار ومن أهمها ما يلي :

١- تقديم المساندة اللازمة للأفراد ذوي الإعاقات التي يكون من شأنها أن تساعدهم على استغلال قدراتهم الجسمية والعقلية إلى الحد الأقصى، وتحقيق الاستفادة من الخدمات التي يتم تقديمها لهم والفرص التي تتم إتاحتها أمامهم، وعلى أن يصبير لهم دور فعال في مجتمعهم المحلي بل وفي مجتمعهم الأكبر .

٢- التأكيد على المجتمعات المحلية أن تحمي حقوق الأفراد ذوي الإعاقات وأن تحافظ عليها . ومن أمثلة ذلك أن تزيل أي حواجز يكون من شأنها أن تعوق اندماج هؤلاء الأفراد في تلك المجتمعات، ومشاركتهم لأعضائها وخاصة غير المعوقين .

٣- العمل على تيسير بناء القوة، *capacity* أي حدوثها وتسهيل فرص زيادتها وتنميتها، وتحقيق التمكين اللازم، *empowerment* وحدوث الحراك داخل المجتمع *community mobilization* لهؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات وأسرهم .

ومن الجدير بالذكر أن التأهيل المرتكز على المجتمع يتم تطبيقه في الوقت الراهن في أكثر من تسعين دولة على مستوى العالم وذلك من خلال تضافر الجهود بين الأفراد ذوي الإعاقات، وأسرهم، والمجتمعات المحلية، والمنظمات الحكومية وغير الحكومية ذات الصلة والتي تعمل في الأساس في مجال الإعاقة والتنمية . وينظر الداعمون *stakeholders* لهذا الاتجاه أو هذا الأسلوب أو القائمون عليه في الأساس وذلك في كل هذه الدول دون استثناء إلى اندماج الأفراد ذوي الإعاقات وأسرهم في المجتمع، وتحقيق المشاركة الفعالة من جانبهم مع أفراده على أنها إنما تمثل لبه وجوهره كأسلوب عمل وإستراتيجية تأهيلية .

وحتى يتم تحقيق مثل هذه الأهداف فإن منظمة الصحة العالمية *WHO* كما تشير إلى ذلك (٢٠٠٩) تأخذ في الواقع على عاتقها أن تسهم بصورة فعالة في تقديم كافة المساعدات التي يكون من شأنها أن تساعد في تحقيق النجاح للتأهيل المرتكز على المجتمع . ولذلك فإنها تعمل في سبيل ذلك مع الهيئات الأخرى التابعة للأمم المتحدة، *UN organizations* وتتعاون مع المراكز المختلفة والمنظمات غير الحكومية الأخرى *nongovernmental organizations* إلى جانب العديد من المنظمات الحكومية في دول العالم بأسره في سبيل تحقيق مثل هذا الهدف الأسمى الذي يتمثل بطبيعة الحال في نجاح هذا الأسلوب التأهيلي المجتمعي وذلك من خلال دورها الحيوي والفعال الذي يتضمن في واقع الأمر عدداً من الإجراءات على النحو التالي :

١- تطوير وصياغة الإرشادات الخاصة بالتأهيل المرتكز على المجتمع وذلك بالتعاون مع الهيئات الدولية والحكومية أو غير الحكومية المختلفة والتي تتضمن تلك المنظمات أو الجمعيات الخاصة بالأفراد ذوي الإعاقات .

٢- عقد ورش العمل على المستويات القومية أو الإقليمية التي تتناول التأهيل المرتكز على المجتمع، والتي تهدف في الأساس إلى التبصير به، وإلى تطوير استراتيجيات قومية أو مركزية إقليمية للتأهيل تستند إليه .

٣- مساندة الدول الأعضاء فيها على تعضيد برامج التأهيل المرتكز على المجتمع الموجودة والقائمة فيها بالفعل فضلاً عن مساندة تلك الدول على تقديم وطرح أي برامج جديدة في إطاره ترى أنها يمكن أن تكون برامج واعدة، وأن بوسعها أن تحقق من خلالها أهدافها المنشودة .
٤- تصميم وإتاحة قاعدة بيانات عالمية تخص التأهيل المرتكز على المجتمع إلى جانب إنشاء شبكة دولية تتناول موضوعاته المختلفة، واحتمالات تطويره، والاستفادة من الجهود المتباينة التي تبذل في دول العالم المختلفة.

وإذا كانت كل الجهود التأهيلية والخدمية التي نقوم بتقديمها للأفراد ذوي الإعاقات إنما تهدف في جوهرها إلى مساعدتهم على الاندماج في مجتمعاتهم وخاصة المجتمعات المحلية وذلك بصورة كلية شاملة فإن التأهيل المرتكز على المجتمع إنما يعد من وجهة النظر هذه بمثابة استجابة من دول العالم بأسره سواء الدول النامية أو المتقدمة للحاجة إلى توفير وتقديم خدمات تأهيلية محددة وملائمة وتتفق مع طبيعة الأفراد ذوي الإعاقات وما يتسمون به من قدرات وإمكانات . ومن الواضح أن هناك أهدافاً محددة وواضحة لهذا الأسلوب التأهيلي كما يرى ليزاك وكوفيرت (١٩٩٤) Lysack& Kaufert تتمثل فيما يلي :

١- توفير الخدمات التأهيلية اللازمة للأفراد ذوي الإعاقات كي يتمكنوا من الحياة في مجتمعاتهم المحلية .
٢- تقديم التدريب اللازم لهم في بيئة غير مؤسسية تندر فيها الخدمات والذي عادة ما يكون من شأنه أن يساعدهم على الحياة في تلك المجتمعات المحلية.
٣- إيجاد الأساليب المناسبة واللازمة التي نتمكن بموجبها من دمجهم بصورة كاملة في مجتمعاتهم المحلية .

ووفقاً لما تشير إليه منظمة الصحة العالمية في المؤتمر الدولي الذي عقد بهذا الخصوص بمدينة هيلسنكي في فنلندا (٢٠٠٣) أن مبادرة الصحة للجميع *Health- for- All (HfA) Initiative* التي تم إطلاقها في هذا الخصوص كانت تركز على مبدأ هام وأساسي يتمثل في ضرورة أن يتم ترتيب البيئة، والأساليب التكنولوجية المستخدمة فيها، وما يتم تقديمه من خدمات بحيث يمكن

لهؤلاء الأفراد استخدامها دون إدخال أي تعديلات عليها، وأن تكون مرنة وسهلة الاستخدام وذات تكلفة معقولة، ويمكن أن يتم استخدامها في الأساس في سبيل تلبية حاجات من يستخدمها من هؤلاء الأفراد . وبهذا يكون من الممكن أن نصل إلى تحقيق أكبر قدر من الاستفادة من هذا الأسلوب التأهيلي المجتمعي وذلك بالقدر الذي نطمح إلى أن نتمكن من الوصول إليه في الواقع . ومن ثم يمكن أن يصبح مثل هذا الاتجاه أكثر اتساعاً وشمولاً بحيث يمكن أن تشارك فيه العديد من الهيئات والمنظمات المختلفة التي تتسم في واقع الأمر بفاعليتها في هذا المجال . وبالتالي يصبح هناك بذلك عدد من العناصر الهامة والأساسية التي تتضمنها إستراتيجية التأهيل المرتكز على المجتمع من هذا المنطلق وذلك على النحو التالي :

١- استخدام اتجاه متعدد القطاعات : *multi- sectoral approach* تعمل الهيئات أو المنظمات المشاركة فيه والأفراد الذين يقومون بتقديم الخدمات بطريقة تكاملية لا تتوقف إلا في نهايتها، وتعمل في الواقع بصفة أساسية مع اختلاف مستوياتها بين المحلي والإقليمي والقومي على الاستجابة لحاجات الأفراد ذوي الإعاقات ممن يتم تقديم تلك الخدمات لهم .

٢- اللجوء إلى العديد من المصادر والوظائف والمسئوليات الإدارية المختلفة التي تتسم بلاتمركزها : *decentralizing resources, functions and managerial responsibilities* وفي هذا الإطار يتم اللجوء حال تنفيذ تلك الإستراتيجية إلى هيئات وأفراد من قبيل الأفراد ذوي الإعاقات أنفسهم، وأسرهم، ومجتمعاتهم المحلية، والمنظمات المحلية، وأنساق الإحالة . *referral*

٣- الالتزام بإطار مرجعي مفاهيمي أو تصوري شامل للإعاقة .

٤- أن تمثل تلك الإستراتيجية التأهيلية جزءاً يتكامل مع استراتيجيات التنمية التي يتم تنفيذها في المجتمع المحلي والتي تتألف من عدد من المكونات .

٥- تكامل الخدمات التأهيلية : عادة ما يتضمن هذا الأسلوب التأهيلي تقديم العديد من الخدمات كالخدمات الصحية، والتعليمية، والمهنية، والاجتماعية وبالتالي فإنها ينبغي أن تتكامل مع بعضها البعض وذلك بالشكل الذي يضمن تحقيق الهدف الأساسي الذي يتم تقديم تلك الخدمات من أجله .

٦- أن يشارك فيه بعض الأفراد غير المختصين وذلك بالتحديد عند تقديم أساليب التأهيل البسيطة في البداية .

٧- استخدام الأساليب التكنولوجية المناسبة : ومن أهمها أساليب التكنولوجيا المساعدة *assistive technology* ويفضل أن تكون مثل هذه الأساليب قد تمت صناعتها في المجتمع المحلي وذلك من خامات البيئة المحلية . *from local material*

٨- أن يعمل على زيادة مستوى الوعي، وزيادة الحراك في المجتمع المحلي كمكونات وأهداف رئيسية للبرنامج .

٩- أن يعطي الفرصة للقطاع الخاص *private sector* كي يشارك هو الآخر في توفير ما تتطلبه المكونات المتضمنة في البرنامج .

١٠- أن يعطي للأفراد ذوي الإعاقات وأسرهم دوراً جوهرياً في تصميم ومتابعة البرنامج المستخدم، وتنفيذ ما يتضمنه من أنشطة .

ومن جهة أخرى يمكننا أن نقرر أن هناك في الواقع خريطة معينة تعكس تتابع الخطوات المختلفة والمتتالية التي يتضمنها برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع والتي يجب أن توضع في الاعتبار عند تنفيذ البرنامج بحيث يمكن في الواقع أن يتم التقييم المرحلي للبرنامج في ضوئها . كما يمكن أن يتم تقييم كل مرحلة منها على حدة في نهايتها لتحديد مدى ما يكون قد تحقق من نجاح في سبيل الوصول إلى الأهداف المنشودة في هذا الصدد . أي أننا من هذا المنطلق يمكن أن نستفيد منها في عدد من الأمور كالتالي :

١- تحديد الخطوات التي يتضمنها البرنامج .

٢- إجراء التقييم المرحلي للبرنامج .

٣- إجراء التقييم الدوري والنهائي للبرنامج .

ويوضح الشكل التالي هذه الفكرة .



شكل (١) خريطة تتابع خطوات برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع

وأخيراً فعلى الرغم من أن التأهيل المرتكز على المجتمع يعمل في الأساس على تفعيل واستثمار الإمكانات المتاحة في المجتمع المحلي، وتقديم الخدمات المتوفرة فيه من خدمات تعليمية، وخدمات صحية، وخدمات التأهيل المهني، وخدمات اجتماعية، وغيرها فإن الأمر لا يقف في الغالب عند هذه الحدود فحسب حيث غالباً ما يتطلب الأمر أن تتم الاستفادة من تلك الموارد والمصادر والخدمات التي تتوفر في المستويين الآخرين الأعلى من المستوى المحلي وهما المستوى المتوسط أي المركزي أي مستوى الإقليم التابع له المجتمع المحلي، ثم المستوى القومي . وفي هذا الإطار فإننا نجد أن هناك على سبيل المثال بعض الحالات التي تتم إحالتها أو تحويلها إلى أي من هذين المستويين بغرض تشخيصها، أو تقديم خدمات طبية متخصصة لها لا تتاح غالباً على مستوى المجتمع المحلي، أو لعرضها هناك على بعض الأخصائيين الأكثر خبرة ودراية، أو الأكثر تخصصاً .

أهم الخصائص المميزة للتأهيل المرتكز على المجتمع

يذهب عبدالحميد كمال (٢٠٠٣) إلى أن هناك عدداً من الخصائص التي تعطي لهذا الأسلوب التأهيلي هويته التي تميزه عن غيره من الأساليب الأخرى التي يمكن إتباعها في سبيل تأهيل الأفراد ذوي الإعاقات . ومن أهم تلك الخصائص ما يلي :

١- أنه يعد بمثابة أسلوب تطبيقي يساير الاتجاهات المعاصرة في التأهيل والتي تعمل في الأساس على دمج الأفراد ذوي الإعاقات في المجتمع مع أقرانهم غير المعوقين، والابتعاد بهم عن بيئات العزل، وإتاحة الفرص المتكافئة لهم لكي يحصلوا على الخدمات اللازمة لهم في مجالات الحياة المختلفة التعليمية، والصحية، والاجتماعية، والاقتصادية، والمهنية، وغيرها فضلاً عن مساعدتهم على المشاركة الفعلية في مجتمعاتهم المحلية.

٢- أنه يتبع الفكرة الأساسية التي تنادي بضرورة الانتقال بالخدمات التأهيلية المختلفة إلى الأفراد ذوي الإعاقة أينما وجدوا، وليس العكس حيث يعمل على تقديم مثل هذه الخدمات لهم في البيئات الريفية، والصحراوية، والأماكن البعيدة والفقيرة التي تكاد تنعدم فيها الخدمات تقريباً .

٣- أنه يعمل من خلال ما يتم تقديمه خلاله من خدمات مختلفة، وفعاليات متنوعة على إتاحة الفرصة للوقاية من الإعاقة من ناحية، والاكتشاف المبكر لها من ناحية أخرى، وتقديم برامج التدخل المبكر من ناحية ثالثة وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى حدوث العديد من النتائج الإيجابية في هذا الإطار .

٤- أنه يتطلب قدراً بسيطاً من التكلفة قياساً بغيره من أساليب التأهيل المؤسسية الأخرى، بل إنه قد تم اللجوء إليه خصيصاً للاستفادة منه في الأماكن الريفية والفقيرة، وتلك التي لا تتوفر فيها الإمكانات المطلوبة حيث إنه عادة ما يعتمد في الواقع على خامات وإمكانات البيئة المحلية .

٥- أن الخدمات التي يتم تقديمها من خلال هذا الأسلوب تتحدد وفق حاجات البيئة المحلية، كما أن تحقيق هذه الحاجات أو إشباعها إنما يتم في واقع الأمر وفقاً لما يسود البيئة المحلية من عادات وتقاليد، ووفقاً لثقافتها الفرعية، وما يسود تلك البيئة ويميزها من أنشطة متنوعة .

٦- أن الانتقال بالخدمات التأهيلية وخدمات الرعاية المختلفة إلى المجتمع المحلي وتقديمها للأفراد ذوي الإعاقات هناك عادة ما يشجع على استقطاب كافة الحالات التي كان يصعب خروجها من المنزل لأي سبب من الأسباب كبعد المسافة، أو الظروف الأسرية المختلفة، أو العادات والتقاليد السائدة، أو ما يكون سائداً في المجتمع من اعتقادات خاطئة .

٧- أن هذا الأسلوب التأهيلي يقوم في الأساس على مبدأ الشراكة المجتمعية والتي تجمع في الواقع بين الأفراد ذوي الإعاقات أنفسهم، وأسرهم، والعديد من الأفراد، والمؤسسات داخل المجتمع المحلي فضلاً عما يمكن أن يحدث من شراكة من قبل جهات أخرى خارج المجتمع المحلي وهو الأمر الذي يعد تطبيقاً لمبدأ التكافل الاجتماعي والمسئولية المجتمعية .

٨- أن هذا الأسلوب التأهيلي يتيح الفرصة لكي تتم الاستفادة من الموارد والمصادر التي تتوفر في البيئة المحلية، ومن كل الأنشطة الخدمية المتاحة، ومن فرص التدريب المهني في أنشطة مهنية محددة تسود المجتمع المحلي، وبالتالي يعد ذلك المجتمع في حاجة إليها حتى يتم تنفيذ برامج التنمية فيه .

٩- أن تقديم الخدمات المختلفة وفق هذا البرنامج لا يتقيد في واقع الأمر ببرنامج زمني محدد، أو ببرامج تدريب مهني تقليدية كما هو الحال في المؤسسات التأهيلية المختلفة، أي بالنسبة للتأهيل المؤسسي، ولكن التأهيل هنا يعد أقل تقييداً، ولكنه يرتبط فقط بأنشطة المجتمع المحلي .

١٠- أن هذا الأسلوب يعد أيضاً أقل تقييداً بمهن الأفراد المشاركين فيه كمدربين أو مشرفين على العكس من برامج التأهيل المؤسسية التقليدية التي لا يمكن البدء فيها إلا في ظل وجود أشخاص مؤهلين كمدرب مهني، وأخصائي تعديل سلوك على سبيل المثال، وغيرهم ولكن الأمر هنا يختلف بعض الشيء حيث يأتي المتطوعون الذين يتم تدريبهم على القيام بأدوار معينة كمدربين، أو مشرفين، أو ما إلى ذلك، ويقوم كل منهم بدوره في هذا الصدد .

١١- أن هذا الأسلوب يعد في الواقع وسيلة للتوعية المجتمعية بقضية الإعاقة والأفراد ذوي الإعاقات من خلال المشاركة المجتمعية والتعاون في جميع مراحل البرنامج التأهيلي وذلك على المستوى المحلي، وعلى مستوى الإقليم التابع له المجتمع المحلي، ثم على المستوى القومي بغرض تحسين جودة الحياة للأفراد ذوي الإعاقات أولاً، ثم أسرهم بعد ذلك .

المتطلبات والمحكات الأساسية لبرنامج التأهيل المرتكز على المجتمع

من الجدير بالذكر أن برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع *CBR program* له عدة أهداف لا بد أن يعمل على تحقيقها . وهو حال تحقيقه لتلك الأهداف إنما يعمل على تنظيم البيئة المحلية بالشكل الذي يتمكن على أثره الفرد ذي الإعاقة من القيام بدور إيجابي في البرنامج، وتحقيق المشاركة الفعالة فيه، والاندماج الكامل في المجتمع المحلي وذلك مع كل أعضاء المجتمع سواء الأفراد ذوي الإعاقات أو الأفراد غير المعوقين . وعند القيام بتطوير وإعداد برنامج تأهيل من هذا القبيل لا بد من الرجوع إلى ما تتضمنه البيئة المحلية من إمكانات، وعدم الخروج على تلك الإمكانات، وتحديد المستويات الثلاثة التي يتحدد البرنامج في ضوئها وهي مستوى البيئة المحلية أو المجتمع المحلي (وعادة ما يكون فيه مشروعات، وجمعيات

محلية، وقيادات محلية، وأهالي، وأفراد ذوي إعاقات، وأنشطة محلية متعددة)، والمستوى المتوسط (وعادة ما يكون فيه مراكز وجمعيات وهيئات متخصصة، ومنظمات لذوي الإعاقة، وموارد، ومدربين، وتدريبات، ومساندة فنية، ومتابعة، وتقييم، ومؤتمرات، وورش عمل)، وأخيراً المستوى القومي (وعادة ما يكون فيه مراكز قومية للتأهيل، وجامعات، ووزارات، وهيئات بحثية، واتحادات، ولجان قومية، وخطط ، واستراتيجيات، وقوانين، وأبحاث قومية، وتعديل مناهج، ومؤتمرات قومية). كما يجب أيضاً أن يتم تحديد الهيئات والمنظمات التي يمكنها أن تتعاون معاً في سبيل تنفيذ ذلك البرنامج وذلك في كل مستوى من تلك المستويات .

وفضلاً عن ذلك فإن أي برنامج من هذا القبيل لا بد أن يكون برنامجاً عبر قطاعي أو عبر القطاعات بمعنى أن تتعدد فيه الخدمات التي يتم تقديمها للأفراد ذوي الإعاقات من خلاله، وأن تتفق مثل هذه الخدمات مع طبيعة المجتمع المحلي الذي يتم تقديم ذلك البرنامج فيه . ومن أهم هذه الخدمات تلك الخدمات التي تعد ذات طبيعة صحية، وتلك التي تعد ذات طبيعة تعليمية، وغيرها التي تعد ذات طبيعة اجتماعية، أو التي تعد ذات طبيعة قانونية تشريعية، والتي تعد ذات طبيعة مهنية، والتي تعد ذات طبيعة تدريبية . ومن الطبيعي في ضوء هذا التنوع من الخدمات أن يكون هناك تعدد في الهيئات أو المنظمات المجتمعية التي يمكنها أن تقدم أياً من هذه الخدمات . وفي هذا الإطار ينبغي أن يتم التكامل بين المراكز الصحية والمستشفيات، والمدارس، والمؤسسات الاجتماعية، ومنظمات العمل، والمحاكم، أو بين النقابات الفرعية الممثلة لكل قطاع كنقابة الأطباء، والصيادلة، والمعلمين، والعمال، والمحامين، وغيرها من النقابات ذات الصلة بتقديم مثل هذه الخدمات .

وجدير بالذكر أن هناك أفراداً داعمين لهذا الاتجاه بحيث يقوم في الأساس على جهودهم، وعلى ما يحدث بينهم من تعاون . ويأتي في مقدمتهم الأفراد ذوو الإعاقات أنفسهم، أو من ينوب عنهم في بعض الحالات إلى جانب أسر هؤلاء الأفراد، أو بعض أعضاء هذه الأسر على أن يلتزم جميع أعضاء الأسرة بما يتم الاتفاق عليه كأسلوب للعمل معهم حيث يتم في كثير من الأحيان استكمال تدريب

هؤلاء الأفراد في منازلهم وهو ما يدخل في إطار ما يعرف بالإرشاد الأسري نظراً لأننا نقوم حال اللجوء إلى الإرشاد الأسري لتقديم الإرشاد اللازم لواحد أو أكثر من أعضاء الأسرة، أو حتى لأعضاء الأسرة جميعاً وذلك في سبيل استكمال تدريب الفرد ذي الإعاقة في المنزل وهو الأمر الذي يضمن لنا حدوث ما يشبه التدخل المكثف في شروطه دون اللجوء إليه في الواقع نظراً لأنه من الصعب جداً إن لم يكن من المستحيل أن يتم الاحتكام إلى التدخل المكثف في الشرق الأوسط بأسره بسبب العادات والتقاليد وذلك على الرغم من أهميته الكبيرة التي لا يضارعه فيها أي أسلوب تدخل آخر يمكن استخدامه في هذا الصدد . كذلك فإن هناك بعض الأفراد المتطوعين من المجتمع المحلي، وهناك المدربون والمشرفون وغيرهم من المختصين والأخصائيين الذين يمكنهم أن يقوموا بدور إيجابي في هذا المضمار . وهناك إلى جانب ذلك منظمات وجمعيات أخرى حكومية وغير حكومية عادة ما تكون موجودة في المجتمع المحلي، ويمكن أن يختص بعضها بصفة أساسية ومباشرة بالأفراد ذوي الإعاقات . ونتيجة لذلك فإن مثل هذا البرنامج قد يخدم في تحقيق أهداف أخرى، أو ييسر حدوث خدمات في قطاعات أخرى بما يجعله يسهم في تنظيم المجتمع المحلي بالشكل الذي يسهل من حدوث التنمية المنشودة فيه بما تتطلبه من تعاون وتكامل وتناغم بين الجهود .

ومن هذا المنطلق فإن برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع *CBR* يجب أن يتضمن كما تؤكد منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٣) WHO العديد من العناصر أو المحكات المختلفة التي يمكن أن نجملها فيما يلي :

١- مشاركة الأفراد ذوي الإعاقات إلى جانب أولئك الأفراد الذين يمكن أن يكونوا ممثلين عنهم وذلك في كل مراحل البرنامج .
٢- صياغة وتنفيذ سياسات قومية تعمل على مساندة ودعم المشاركة المتكافئة من قبل الأفراد ذوي الإعاقات .
٣- وضع نسق معين يتم من خلاله إدارة البرنامج المستخدم .
٤- المشاركة متعددة القطاعات وذلك من قبل القطاعات الحكومية وغير الحكومية في سبيل دعم المجتمعات المحلية حيث يقع على عاتقها مسئولية الاندماج الشامل فيها من جانب أعضائها من ذوي الإعاقات .

ومن جهة أخرى فإن الشراكة المجتمعية من جانب كل الداعمين المعنيين سواء كانوا ينتمون إلى القطاع الحكومي أو القطاع الخاص مع الجمعيات والمنظمات الخاصة بالأفراد ذوي الإعاقات إنما تمثل عنصراً حيوياً فيما يتعلق بتلك الجهود التي تعمل على تحسين حياة أولئك الأفراد ذوي الإعاقات . ويعد هذا العنصر في الواقع بمثابة أحد أهم المبادئ الأساسية التي يقوم عليها برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع . وفضلاً عن ذلك فإن هذا الأسلوب التأهيلي أو البرنامج التأهيلي إنما يركز على إتاحة الفرصة أمام الأفراد ذوي الإعاقات لممارسة حقوقهم الأساسية في الوقت الذي لا تزال فيه حرياتهم يتم تقييدها عن طريق ما يحدث من تمييز خفي أو واقعي . ومن المعروف أن مثل هذه الحقوق إنما تعد بمثابة أدوات للقوة حيث من شأنها أن تساعدهم على اكتساب العديد من المهارات، وأن تسهم بصورة فعالة في مشاركتهم الإيجابية مع مختلف الأعضاء في مجتمعاتهم المحلية، وفي تحقيق الاندماج الشامل مع هؤلاء الأفراد في تلك البيئات المحلية .

وعلاوة على ذلك فإن برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع *CBR* يجب أن يراعي تلك الحقوق التي ينبغي أن يحصل الأفراد ذوو الإعاقات عليها في ضوئه . ومن الملاحظ كما أشرنا أن مثل هذا الأسلوب التأهيلي كان قد بدأ في الأصل في الدول النامية من العالم كاستجابة حقيقية لما يوجد فيها من ضعف الموارد، وقلة الإمكانات فضلاً عن اعتماد هذا الأسلوب على ما يوجد بالفعل في البيئة المحلية من موارد بغض النظر عن ماهيتها . ومن أهم هذه الحقوق ما يلي :

- حق الأفراد ذوي الإعاقات في الحصول على الخدمات المختلفة .
- حقهم في التأهيل المهني .
- حقهم في عدم التمييز بينهم وبين أقرانهم غير المعوقين .
- حقهم في التدريب .
- حقهم في اختيار البرنامج التدريبي أو التأهيلي المقدم .
- حقهم في وجود من يمثلهم إذا لم يتمكنوا من الاختيار المطلوب .
- حقهم في الاندماج الكلي في بيئتهم المحلية .
- حقهم في المشاركة الإيجابية مع أعضاء المجتمع غير المعوقين .
- حقهم في العمل في إطار بيئتهم المحلية .
- حقهم في التمتع بما يتوفر من مصادر مختلفة .

ومن المتطلبات الأخرى الأساسية لبرنامج التأهيل المرتكز على المجتمع استخدام أساليب التكنولوجيا المساعدة التي تتوفر في المجتمع المحلي . ويعد هذا المتطلب بطبيعة الحال متمشياً بصفة أساسية مع تلك الشروط التي يعمل هذا الأسلوب على مراعاتها حيث يتم استغلال المصادر المتاحة في المجتمع المحلي فقط دون الحاجة إلى البحث عن أي مصادر أخرى غير موجودة بالفعل في تلك البيئة المحلية وهو الأمر الذي يميز مثل هذا الأسلوب التأهيلي، كما أنه هو الذي ساهم بقدر كبير في انتشاره منذ أن برز كأسلوب يناسب الدول النامية فانتشر بسرعة كبيرة ليغزو الدول المتقدمة هي الأخرى، ولم يقف بالتالي عند حدود تلك الدول النامية فقط وإن كان هذا الأسلوب حال استخدامه في الدول المتقدمة يحقق العديد من النتائج التي تفوق بكثير ما يمكن أن يحققه في الدول النامية وهو أمر منطقي تماماً نظراً لما تتميز به مثل هذه الدول المتقدمة من إمكانات تفوق بكثير ما يمكن أن يتوفر في أي دولة من الدول النامية .

ومع أن مثل هذه البرامج قد بدأت في الأساس كبرامج يتم تقديمها للأفراد ذوي الإعاقات الجسمية والحركية فإن الأمر لم يقف مطلقاً عند حدود هذه الإعاقة على وجه التحديد دون سواها من الإعاقات الأخرى حيث وجدنا هناك العديد من الخدمات المختلفة التي يتم تقديمها من خلال جملة من البرامج المقدمة في إطار التأهيل المرتكز على المجتمع وذلك للأفراد ذوي الإعاقات النمائية وهي الإعاقات التي تحتل أولوية كبيرة في إطار العديد من البرامج . كذلك فإن هناك برامج أخرى يتم تقديمها للأفراد ذوي الإعاقة السمعية، وبرامج مماثلة يتم تقديمها للأفراد ذوي الإعاقة البصرية وذلك على الرغم من أن هناك العديد من البرامج لم تحقق كل النجاح المنشود في تلبية احتياجات الأفراد الذين يتم تقديم تلك الخدمات والبرامج إليهم . ومن ثم فإن هناك حاجة إلى تطوير وإعداد برامج مناسبة للإعاقات المختلفة سواء السمعية أو البصرية حيث أن المتطلب الأساسي لمثل هذه البرامج حينئذ إنما يتمثل في قدرة البرنامج على تلبية وإشباع الحاجات الأساسية للأفراد ممن يعانون من إعاقة معينة، أو حتى ممن ينتمون إلى مستوى معين من تلك الإعاقة .

ومن أهم المتطلبات الأساسية التي يجب أن يتم الالتفات إليها والاهتمام بها عند إعداد البرامج المطلوبة في هذا الإطار أن يتم اللجوء بطبيعة الحال إلى المنظمات

والجمعيات الخاصة بمثل هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات وذلك على المستويات المختلفة سواء كانت على المستوى الدولي، أو المستوى الإقليمي المركزي، أو المستوى القومي، أو حتى على المستوى المحلي واستشارتها، ومحاولة الاستفادة مما يمكن أن تقدمه من خبرات مختلفة، وخدمات متنوعة حيث عادة ما يلتقي الخبراء والمختصين في تلك الجمعيات بصفة دورية، ويناقشون مختلف الأمور والقضايا التي تعرض عليهم، والمشكلات التي قد تواجههم في أي دولة من دول العالم . وبالتالي يمكن الاستفادة مما يكون قد تم اللجوء إليه من إجراءات في هذه الدولة أو تلك .

وفضلاً عن ذلك فإننا عند إعداد أي برنامج يجب أن نراعي أولئك الأفراد الذين يتم تنفيذ ذلك البرنامج بواسطتهم إذ يجب أن يعتمد تنفيذ أي برنامج في هذا الصدد على مجموعة من المدربين والمشرفين فضلاً عن مجموعة من المتطوعين . وإذا كان المتطوعون لا يحصلون في بعض دول العالم وليس كلها على أي مقابل مادي نظير قيامهم بما يتم تكليفهم به من أعمال فإن الأمر يختلف تماماً بالنسبة للمدربين والمشرفين حيث يجب أن يحصل هؤلاء الأفراد على مرتبات نظير ما يقومون به من أعمال في هذا المضمار لأن هذا هو عملهم الأصلي الذي يحصلون منه على دخلهم الذي يعيشون به ومن خلاله . كما أن المتطوعين قد يعملون أيضاً كمدربين أو مشرفين في بعض الحالات . ومن الملاحظ أن أعداد المدربين عادة ما تكون أكبر من أعداد المشرفين حيث يتولى كل مشرف في الواقع عملية الإشراف على عدد من المدربين الذين يقوم كل منهم بأداء دوره في سبيل تدريب الأفراد ذوي الإعاقات على أداء مهارة معينة، أو القيام بنشاط معين من أنشطة الحياة اليومية في المجتمع المحلي، أو تدريبهم على المشاركة الإيجابية في إطار مجتمعهم المحلي، ومساعدتهم على الاندماج في المجتمع بشكل كلي وشامل .

وأخيراً فإن الأمر قد يتطلب مشاركة قادة المجتمع المحلي في برنامج التأهيل الذي يتم تقديمه للأفراد ذوي الإعاقات حيث لا يخفى علينا أن مشاركة مثل هؤلاء القادة عادة ما يكون من شأنها أن تدفع الكثيرين من أعضاء المجتمع إلى القيام بدور لم يكونوا ليقوموا به دون أن يجدوا أن هؤلاء القادة قد سبقوهم آنذاك بالمشاركة المجتمعية . ومن ثم تصبح مشاركتهم في مثل هذه الحالة أمراً ضرورياً

حتى يقدم غيرهم من أعضاء المجتمع المحلي على المشاركة في برنامج التأهيل المستخدم . ومن جانب آخر فقد يتطلب الأمر وجود متطوعات من الإناث إلى جانب المتطوعين من الذكور لأن هناك بعض الأمور التي يفضل أن تقوم بها الإناث وذلك وفقاً لكثير من العادات والتقاليد . وهنا فإننا نؤكد على ضرورة أن يكون هؤلاء المتطوعون والمتطوعات ممن يكون قد تم إعدادهم جيداً للقيام بدورهم الذي يتم تكليفهم به في برنامج التأهيل المستخدم .

الداعمون لبرنامج التأهيل المرتكز على المجتمع أو القائمون عليه *stakeholders*

ذكرنا من قبل أن هناك شراكة فعلية وتنسيق وتعاون ينبغي أن يتم بين أفراد وجماعات وجمعيات أو منظمات حكومية وغير حكومية وذلك على مستويات ثلاثة هى مستوى المجتمع المحلي، والمستوى المتوسط ، والمستوى القومي وهو ما يمثل عنصر التعقيد في التأهيل المرتكز على المجتمع . أما عنصر البساطة فيه فيتمثل في القيام بتقديم خدمات التأهيل اللازمة للأفراد ذوي الإعاقات في المجتمع المحلي بشكل مباشر . ومن جهة أخرى فإن الفكرة الجوهرية أو المفهوم الأساسي لهذا الأسلوب التأهيلي متعدد القطاعات إنما يتمثل في لامركزية المسئولية، والمصادر سواء البشرية أو المالية . وينبغي للمصادر البشرية التي تقف خلف هذا البرنامج أن تتعاون معاً بصورة كلية وبشكل كامل في كل الجوانب الاجتماعية، والاقتصادية، والسياسية للحياة في المجتمع المحلي .

ويمثل هؤلاء الداعمون مفهوم القطاعات *sectors* في التأهيل المرتكز على المجتمع، وتضم مثل هذه القطاعات سبع مجموعات أو سبعة قطاعات عادة ما تحتاج إلى تضافر الجهود معاً في سبيل تحقيق التنمية على المدى الطويل في المجتمع المحلي وهو الأمر الذي يتطلب التنسيق والمشاركة والتعاون في كل ما يتم بذله من جهود . وتتمثل تلك المجموعات أو القطاعات السبعة في الأفراد ذوي الإعاقات، وأسر الأفراد ذوي الإعاقات، والمجتمعات المحلية، والحكومات وذلك على المستوى المحلي والإقليمي المركزي والقومي، والمنظمات والهيئات غير الحكومية على المستوى المحلي والإقليمي المركزي والقومي والدولي،

والأخصائيون وذلك في مجالات الصحة والعلوم الطبية المساعدة والتربية والاجتماع وغيرها، وأخيراً القطاع الخاص سواء التجاري أو الصناعي .

وإذا كان مفهوم القطاعات كما ذكرنا منذ قليل يعد بمثابة المفهوم الجوهري بالنسبة للتأهيل المرتكز على المجتمع فإن ذلك إنما يرجع في الأساس إلى أن مثل هذه القطاعات السبعة هي التي يقوم عليها ذلك التأهيل، كما أن نجاحه وبلوغ أهدافه لا بد أن يتوقف على ما يحدث بين تلك القطاعات من تعاون مثمر وبناء، وتنسيق للجهود التي يبذلها كل قطاع من تلك القطاعات فضلاً عما ينبغي أن يحدث من تكامل فيما بينها كقطاعات مختلفة وكجهود متعددة مع ضرورة أن يؤدي كل منها دوره المناط به حيث يرى فينخنفلوجيل (٢٠٠٤) Finkenflugel أن ذلك النجاح إنما يعد دالة لمدى التكامل والتوازن الذي يمكن أن يحدث بين الحاجات والمتطلبات، وما يمكن أن يحدث من تعاون بين القطاعات دون أن نستبعد أي قطاع من تلك القطاعات . وعند القيام بأي برنامج للتأهيل المجتمعي يجب أن يتم في البداية القيام بإجراء تحليل أساسي لتلك القطاعات اللازم تعاونها في ذلك البرنامج المنشود، والخدمات المطلوب تقديمها خلاله وذلك على امتداد ثلاث خطوات يمكن أن نتناولها على النحو التالي :

١ ـ تحديد القطاعات :

يتم القيام بتحديد جميع القطاعات التي يمكن أن تشترك في البرنامج، وتحديد وتقديم وصف تفصيلي لما يمكن أن يقوم به كل قطاع منها في سبيل تحقيق النجاح المنشود عن طريق تحقيق الأهداف التي يتم تحديدها لذلك البرنامج . وتعني هذه الخطوة باختصار أن نحدد القطاعات التي يمكن أن تشارك في مثل هذا البرنامج .

٢ ـ توقع نوع التأثير الذي يمكن أن يحققه كل منها :

عندما نود أن نتنبأ بمدى تأثير قطاع معين في برنامج التأهيل المنشود فإن هذا يعني بطبيعة الحال تحديد مدى القوة التي يمكن أن يمارسها هذا القطاع أو ذاك على المؤسسة أو الهيئة أو الجمعية، كما يعني أيضاً تحديد الحاجات اللازمة والتوقعات الخاصة بكل قطاع وذلك فيما يتعلق بإشباع مثل هذه الحاجات، وما إذا كنا نحتاج قطاعات أخرى لذلك أم أن الأمر لا يعدو أن يصل إلى ذلك . وتعني هذه الخطوة باختصار تحديد ما يمكن أن يقوم به كل قطاع من هذه القطاعات .

٣- إعداد واستخدام الاستراتيجيات اللازمة للحصول على التأييد والدعم اللازم :

يجب أن يتم اللجوء إلى استراتيجيات جيدة تناسب القطاعات المشاركة في البرنامج على اختلافها، وتساعدها في ممارسة تأثيرها على المؤسسة المعنية وذلك بالشكل الذي يساعدها على تحقيق أهدافها . ويتطلب هذا الأمر التدريب، والإشراف، والحصول على المعلومات اللازمة، والتوصل إلى تحليل معين للأداء الذي ينبغي أن يقوم به كل قطاع، أي تحويل ما تتضمنه الخطوتان السابقتان إلى خطط عمل *action plans* أو تدخلات *interventions* محددة، ومن أمثلتها تحديد دور الأسرة، وتدريب المدربين، وتقديم المعلومات اللازمة لكافة الأطراف والقطاعات . ومع ذلك فإنه ليس بوسعنا أن نتناول حجم التأثير بالدقة المطلوبة لأنه يرتبط بظروف أخرى متغيرة . وباختصار فإن هذه الخطوة تعني تحديد خطط عمل وتدخلات معينة لتنفيذ ما تم توضيحه من قبل .

أما فيما يتعلق بتلك القطاعات السبعة التي يقوم عليها برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع والتي تضم أفراداً، وهيئات، ومصادر وخدمات حيث يضم المجتمع المحلي الأفراد ذوي الإعاقات، وأسرهم، والمتطوعين، والمدربين، والمشرف المحلي، وبعض الهيئات المحلية فضلاً عن مؤسسات القطاع الخاص الموجودة في تلك البيئة المحلية، ويضم المستوى المتوسط أو الإقليمي المركزي إلى جانب الأفراد من مشرفين، وأخصائيين بعض المؤسسات والجمعيات غير الحكومية، والقطاع الخاص، أما على المستوى القومي فهناك الحكومة، وبعض المؤسسات الحكومية وغير الحكومية، والقطاع الخاص . ويمكننا في الواقع أن نتناول مثل هذه القطاعات كما يلي :

أولاً : الأفراد ذوو الإعاقات

يعد الأفراد ذوو الإعاقات هم المحصلة التي يتم توجيه التأهيل المرتكز على المجتمع صوبها وذلك بغرض تقديم التأهيل اللازم لهم فضلاً عما يرتبط به من خدمات مختلفة ومتنوعة . وعلى هذا الأساس يجب أن يشارك الأفراد ذوو الإعاقات بصفتهم هم من يتم تقديم برنامج التأهيل المستخدم لهم بفعالية في ذلك البرنامج وذلك في جميع المستويات التي يتضمنها حتى يلمسوا تلك الآثار التي

يمكن أن تخلفها الظروف التي تشهدها البيئة المحلية عليهم وعلى أقرانهم ذوي الإعاقات سواء كانت مثل هذه الإعاقات هي إعاقات مماثلة أو إعاقات مغايرة . وإذا كان مثل هؤلاء الأفراد يدركون في غالبيتهم وذلك إلى حد كبير كيف تؤثر الإعاقة عليهم، وعلى أسرة كل منهم، وعلى مجتمعاتهم المحلية، وعلى الدولة بأسرها فإن تلك المعرفة بمثل هذه السياقات تساعدهم على أن يصيروا أفراداً مؤثرين في إطار الفريق المسئول عن تقديم برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع. وفي هذا الإطار فإن بوسعهم أن يصبحوا أكثر تأثيراً من أقرانهم غير المعوقين وذلك كنماذج للدور لغيرهم من الأقران ذوي الإعاقات فضلاً عن تقديم النصح والمشورة لهم وفقاً لما يكونوا قد اكتسبوه من خبرات ومعارف متنوعة .

ومن هذا المنطلق فإن الأفراد ذوي الإعاقات يمكن أن يكون لهم دور هام فيما يمكن أن يتم تقديمه من تعليم في البيئة المحلية أو المجتمع المحلي نظراً لأن بوسعهم أن يعملوا في هذا الإطار كنماذج حية للدور وذلك للأفراد ذوي الإعاقات الذين تمكنوا من تقديم إسهامات جوهرية ودالة عندما أتيحت لهم الفرصة، وتم تقديم النمط الصحيح من المساعدة لهم . وفضلاً عن ذلك فإن هذا البرنامج التأهيلي يجب أن يعمل أيضاً على تيسير حدوث التنمية اللازمة لتلك الهيئات والمنظمات المختلفة الداعمة للأفراد ذوي الإعاقات وذلك على المستوى المحلي . وفي هذا الإطار فإننا يجب أن نؤكد على أن برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع قد يكون موجهاً إلى فئة واحدة فقط من فئات الأفراد ذوي الإعاقات، وقد يكون هناك برامج أخرى يتم توجيهها إلى أكثر من فئة واحدة، وقد تشارك أكثر من فئة من تلك الفئات في برنامج واحد . إذنْ يمكن أن يكون هناك برنامج واحد لكل فئة، ويمكن أن يكون هناك برنامج لأكثر من فئة واحدة . وفي المثال الأول يعد اختلاف الخدمات المقدمة وتنوعها بحسب الفئة هو الأساس في هذا الصدد، أما في المثال الثاني فإن الخدمات المقدمة تتحدد بحسب الفئة أو الفئات المستهدفة . ومن أهم الفئات التي يمكن أن تتناولها برامج التأهيل المرتكز على المجتمع ذوي الإعاقات الجسمية والحركية، وذوي الإعاقة السمعية، وذوي الإعاقة البصرية، وذوي الإعاقة العقلية، وذوي اضطرابات اللغة والتخاطب . وعند تطبيق مثل هذه البرامج في الواقع نجد أنها يجب أن يتم تقديمها إلى مجموعات محددة من الأفراد ذوي الإعاقات كأن يتم تقديمها مثلاً إلى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية، أو غيرهم على سبيل المثال، أو أنها

يجب أن يتم تقديمها إلى مجموعات عمرية معينة منهم كالأطفال، أو المراهقين، أو الراشدين، كما يجب أن تحدد المؤسسات المختلفة نوع المساعدة التي ستقدمها، أو نوع الخدمات التي سيتم تقديمها كالخدمات الصحية، والمهنية، والتعليمية مثلاً .

وعادة ما يتم اختيار الأفراد ذوي الإعاقات لبرنامج التأهيل كما يرى بولين وهوانج (١٩٩٩) Baolin& Huang وبويس وبرويرز وباترسون (٢٠٠١) Boyce, Broers,& Paterson وبرودين ومولوسيوا (٢٠٠٠) Brodin& Molosiwa وديتلفز (١٩٩٥) Deetlefs وفق محكات محددة تحددها القطاعات الأخرى المشاركة في البرنامج ولا يتم تحديدها في الواقع عن طريق الأفراد ذوي الإعاقات أنفسهم، ومن ثم فإن ذلك لا يجب أن يعكس بالضرورة حاجات مثل هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات إذ أن هؤلاء الأفراد لا يمكنهم أن يحددوا نوعية الحاجات المطلوبة لهم، وهل هم في حاجة إلى مساعدات مالية، أم رعاية صحية، أو تعليم، أو تدريب مهني، وما هي أولويات مثل هذه الحاجات بالنسبة لفئات الأفراد ذوي الإعاقات . ومن أهم الأسباب التي دعت إلى استخدام هذا الأسلوب التأهيلي في الدول النامية زيادة أعداد الأفراد ذوي الإعاقات الذين لم تتم تلبية حاجاتهم عن طريق خدمات التأهيل المختلفة وهو ما يعكس ما تعانيه هذه الخدمات من قصور . وبالتالي فإن علينا عند التخطيط لتلك البرنامج أن نعمل على تحديد حاجات هؤلاء الأفراد ذوي الإعاقات .

ثانياً : أسر الأفراد ذوي الإعاقات

هناك العديد من المسئوليات الأولية التي تتولاها الأسرة، وتتعهد بالقيام بها ومن أهمها تقديم الرعاية اللازمة لجميع أعضائها مع ضمان استخدام الممارسات الوالدية الصحيحة أو ما يعرف في الواقع بأساليب الرعاية الوالدية أو أساليب التنشئة الاجتماعية للأبناء parental rearing practices التي تعد ضرورية حتى تتم تنشئة الأبناء بطريقة سوية فلا يزيدوا من اللجوء إلى الأساليب السلبية التي يعد اللجوء إليها كثيراً بمثابة إساءة للمعاملة، abuse وفي ذات الوقت يتم استخدام الأساليب الإيجابية بصورة متوازنة فلا يؤدي ذلك إلى تحول الأبناء في الغالب إلى شخصيات اعتمادية .

أما بالنسبة للأبناء ذوي الإعاقات فإن الأسرة تعد هي خط الدفاع الأول، وهي مصدر الحماية الأساسي لهم، وهي أول بيئة للرعاية يخبرها الأفراد ذوو الإعاقات، وهي أول من يقدم الدعم والمساندة اللازمين لهم . ومن ثم فإن أول مصدر للمساندة والدعم على مستوى المجتمع المحلي إنما يتمثل بطبيعة الحال في أسر الأفراد ذوي الإعاقات . وعلى هذا الأساس فإن تلك الأنشطة التي يضمها برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع ينبغي أن تتضمن الأسرة حتى نضمن أن يتم أداؤها حيث من الممكن أن يواصل أعضاء الأسرة تدريب الابن ذي الإعاقة على أداء أنشطة معينة، وإكسابه مهارات معينة، بل وإكسابه أسلوب أداء معين، وإكسابه السلوكيات المقبولة اجتماعياً، والحد من تلك السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً التي يمكن أن تصدر عنه وهو الأمر الذي يوفر عدداً من ساعات التدريب يوازي ما يحدث في التدخل المكثف الذي يصعب أن نستخدمه في الشرق الأوسط عامة رغم أهميته التي لا يضارعها أي أسلوب آخر للتدخل . ومن هذا المنطلق فإننا يجب أن نقوم كما يرى بسكوف وثوربورن وريتماير (١٩٩٦) Bischoff, Thorburn,& Reitmaier وكووك (١٩٩٥) Kwok بتحديد أعضاء الأسرة الذين سيشاركون في البرنامج، وما نتوقعه من كل منهم، والدور الذي يمكن أن يقوم به كل عضو من هؤلاء الأعضاء، ونوع المساندة والمساعدة التي تحتاجها الأسرة لكي تتمكن من أداء دورها بالشكل المطلوب حيث عادة ما يكون من شأن تلك المساعدة أو المساندة التي تتلقاها الأسرة أن تسهم بطبيعة الحال في حل ما تواجهه من مشكلات أولاً، وأن تعمل بعد ذلك على مواجهة الضغوط الواقعة عليها والحد منها . ومن المعروف أن المساهمة في حل مثل هذه المشكلات عادة ما يكون من شأنها أن تعمل في واقع الأمر على مساعدة الأسرة في تقديم الرعاية اللازمة لأبنائها ذوي الإعاقات، والعمل على تلبية حاجاتهم المختلفة .

وفضلاً عن ذلك فإن أسر الأفراد ذوي الإعاقات عادة ما تتطلب أن يتم تدريبها على القيام بمثل هذا الدور بالشكل المطلوب الذي يعد هو الأمثل في هذا الإطار، وتوضيح تلك الكيفية التي يمكن لها بموجبها أن تؤدي دورها المنشود، وأن يتم كذلك تحديد المتوقع منها في هذا المضمار وفقاً لذلك . ويرى إيلدر (٢٠٠٠) Eldar وجريجوري (٢٠٠١) Gregory وفالديز وميتشيل (١٩٩٩) Valdez&

Mitchell أن أداء مثل هذا الدور وفقاً لتجربة العديد من الدول الأفريقية عادة ما يتطلب من الأسرة الوقت، والجهد، والطاقة حيث أن اشتراك الأسرة في برنامج التأهيل المقدم لا ينأى بها عن الاضطلاع بأدوارها الأساسية والمعهودة، ولكنه بدلاً من ذلك يمثل عبئاً إضافياً عليها يجب أن تعرف جيداً كيف يمكنها أن تؤديه بالشكل المطلوب حتى يتحقق النجاح المنشود للبرنامج . كذلك يجب على كل أسرة من هذه الأسر أن تكون توقعاتها من برنامج التأهيل بمثابة توقعات منطقية ومقبولة فلا تبالغ فيها بالشكل الذي يجعل الناتج منها لا يتفق مع التوقعات وهو ما يعني عدم إدراك النجاح في هذا الإطار مطلقاً .

ومن جهة أخرى فإن هناك حقوقاً للأفراد ذوي الإعاقات من أهمها حقهم في اختيار أو الموافقة على تلك الأنشطة التي يتم تدريبهم عليها مثلها في ذلك كالموافقة على البرنامج التربوي الفردي أو خطة التعليم الفردية، وإذا لم يستطع الفرد ذو الإعاقة أن يتحدث معبراً عن نفسه وعن موافقته على ذلك البرنامج أو تلك الأنشطة فلا بد أن يوافق ولي أمره أو الوصي عليه نيابة عنه وهو الأمر الذي يتطلب أن يكون هناك عضو معين من أعضاء الأسرة لكي يمثل الفرد ذا الإعاقة، وأن ينوب عنه قانوناً حتى في الهيئات أو المنظمات الخاصة بالأفراد ذوي الإعاقات . ويعد أفراد الأسرة الذين تكون لديهم الخبرة الكافية في رعاية الأفراد ذوي الإعاقات كأن يكون في الأسرة الواحدة مثلاً أكثر من ابن واحد يعاني من إعاقة معينة هم في الواقع الأكثر قدرة على إدارة تلك الأنشطة التي يمكن أن يتضمنها برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع، ومن ثم فإن مثل هؤلاء الأفراد يعدون في الأساس هم المشاركون الأكثر تأثيراً وفاعلية وذلك في كافة المستويات التي يتألف منها هذا الأسلوب التأهيلي المجتمعي .

ثالثاً : المجتمع المحلي *community*

من الجدير بالذكر أن برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع *CBR* يجب أن يضم أعضاء من المجتمع المحلي حتى في كل المستويات التي يتألف منها نظراً لأنهم يعرفون جيداً تلك الظروف والخصائص التي يتسم بها المجتمع المحلي، بل ويعيشون فيها، كما يعرفون مصادر الاقتصاد المحلي، والوضع السياسي في البيئة

المحلية فضلاً عن التنظيم الإداري القائم، وكيفية التعامل مع مثل هذه الظروف والأحوال، وتقديم الخدمات اللازمة للأفراد ذوي الإعاقات في ظل تلك الأوضاع وما تتضمنه من متغيرات . وإلى جانب ذلك فإنهم يعدون هم الأكثر خبرة ودراية بالمصادر المختلفة التي تضمها البيئة المحلية، وكيفية استغلالها في سبيل تقديم الخدمات المختلفة التي يتطلبها تأهيل مثل هؤلاء الأفراد أو البرنامج التأهيلي المقدم لهم . ووفقاً لذلك فإنهم يخبرون جيداً العديد من المتغيرات ذات الصلة، ومن ثم يجب أن يتم اختيار المشاركين منهم في البرنامج بكل عناية حتى نتمكن بذلك من تحقيق الأهداف المنشودة . وعلى ذلك فإننا نختار من بينهم من يشارك في البرنامج كما يلي :

١- أي الأفراد في المجتمع المحلي هم الذين يبدون اهتماماً كافياً بالأفراد ذوي الإعاقات ومن ثم يتم الاحتكام إليهم أو تضمينهم في البرنامج على أنهم قادة المجتمع أو المشاركون منه .

٢- أي الأفراد في المجتمع المحلي تتوفر لديهم المعارف والخبرات والمهارات اللازمة لتدريب الآخرين في أنشطة اقتصادية مصغرة .

وعادة ما يكون الأفراد الذين يقع عليهم الاختيار للمشاركة في البرنامج التأهيلي المتبع إما كقادة للمجتمع، أو كمدربين هم أولئك الأفراد الذين يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يعيشوا في ذلك المجتمع المحلي، وأن يعملوا فيه، وأن يظلوا فيه ولا ينتقلوا منه . أي أنهم بذلك يقضون حياتهم كلها في مجتمعهم المحلي، ويمارسون عملهم فيه دون أن يفكروا في تركه والانتقال منه حتى إلى أي مجتمع آخر حيث أنهم يفضلونه بذلك عما سواه من مجتمعات أخرى . وجدير بالذكر أن الاشتراك في برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع كأحد قادة المجتمع المحلي أو أحد المدربين يتطلب في واقع الأمر أن يتم قبول المهمة والموافقة على الاشتراك في البرنامج بشكل رسمي وغير رسمي، والمهم هنا هو الموافقة الرسمية لأنها تتضمن الإلزام والالتزام في أداء المهمة التي يتم تكليفه بها، والتي يتم تضمينها في التخطيط للبرنامج، وفي تنفيذه، وبالتالي لا بد أن تتم بالشكل المطلوب نظراً لتأثرها بغيرها من المهام والإجراءات، وتأثيرها هي ذاتها في غيرها من المهام الأخرى والإجراءات أيضاً .

وعلى هذا الأساس فإن هناك أفراداً أساسيين على مستوى المجتمع المحلي كما يشير إنثيرات وتونجليث (١٩٩٩) Inthirat& Thonglith وكندال وبويز ولارنر (٢٠٠٠) Kendall, Buys,& Larner وشارما وديباك (٢٠٠١) Sharma& Deepak هم الذين يمثلون الهيكل الأساسي أو الأساس البنيوي الذي يقوم عليه التأهيل المرتكز على المجتمع . ومن هؤلاء الأفراد نجد المتطوعين الذين يعملون كميسرين في برنامج التأهيل، والمدربين، والمشرفين المحليين . ومن المعروف أن برامج التأهيل من هذا النوع عادة ما نحاول خلالها أن نستغل الكوادر الموجودة بالفعل *already existing cadres* كالعاملين في مجال الصحة بالقرية، أو العاملين في الوحدات المحلية على أن يخصصوا جزءاً من وقتهم لهذا البرنامج التأهيلي بما يضمه ويتضمنه من أنشطة مجتمعية متعددة . ومن المعروف أن مفهوم العمل التطوعي يختلف من دولة إلى أخرى في آسيا، وأمريكا الشمالية، وغرب أفريقيا حيث كثيراً ما تقابله مخصصات مالية، أو تقدير من أنواع معينة، أو غير ذلك .

رابعاً : الحكومـة

ويقصد بها الحكومة على المستويات المختلفة والتي تتضمن المستوى المحلي، والمستوى الإقليمي المركزي، والمستوى القومي أي على مستوى القرية، وعلى مستوى المركز أو المحافظة، وعلى مستوى الدولة ككل . ومن المهم أن نقرر أن الدور الذي تلعبه الحكومة في هذا الأسلوب التأهيلي يعد هو أكثر الأدوار أهمية على الإطلاق وذلك في سبيل تطور واستمرار ونجاح برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع حيث أن الاقتناع بالموضوع والانغماس فيه والتشجيع على الاستمرار فيه ومواصلته، وإبداء التعاون مع من يقومون على هذا الأسلوب، وما تقدمه لهم من تأييد ودعم ومساندة مع اختلاف صورها وأشكالها تعد أموراً جوهرية يتوقف عليها شمول البرنامج التأهيلي لكافة فئات الأفراد ذوي الإعاقات في المجتمع المحلي، أو حتى لفئة واحدة منهم فقط ، وشموله لكافة القطاعات في ذلك المجتمع المحلي، وتيسير تطوره ومواصلته، وتحقيق التنسيق اللازم بين الأطراف المشاركة فيه، وأخيراً تحقيق النجاح والوصول إلى الأهداف المنشودة .

ومن المعروف أن الأفراد في مثل هذه المستويات كما يشير كورنيلجي وآخرون (٢٠٠٢) .Cornielje et al وجورجيفسكي (٢٠٠٠) Georgievski وماكول وباترسون (١٩٩٧) McColl& Paterson عادة ما يعملون في مؤسسات معينة ويكون عليهم أن يعملوا على تحقيق تلك الأهداف التي تصبو إليها هذه المؤسسات أولاً، أي أنهم في ذلك يكون عليهم أن يعملوا على تحقيق أهداف عامة، ثم العمل على تحقيق أهدافهم الخاصة . وهذا يعني أن نجاح برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع ينبغي أن يكون ضمن أولويات الحكومة في هذه المستويات حتى تتاح الفرصة أمام الأفراد الذين يعملون في تلك المؤسسات للعمل في سبيل تحقيق ذلك الهدف العام فضلاً عن ضرورة إعطائه أولوية خاصة في برنامج الحكومة على أي مستوى .

ومن الجدير بالذكر أن الحكومة في أي مستوى من هذه المستويات الثلاثة عليها أن تتابع إعداد، وتطور، وتنفيذ البرنامج التأهيلي، وأن تراعي تحقيق التنسيق المطلوب بين الأطراف المشاركة في البرنامج كما ذكرنا، وأن تعمل على إعداد نسق معين للإحالة وخاصة إلى المستشفيات والوحدات الصحية أو العيادات الطبية فضلاً عن إعداد أنشطة البرنامج، ومتابعة تنفيذها، وتوفير التمويل اللازم للبرنامج ككل، كما أن الحكومة على المستوى المحلي يجب أن تعمل على تقديم الخدمات والتسهيلات اللازمة لنجاح البرنامج، وأن تشجع الجمعيات غير الحكومية الموجودة في البيئة المحلية على تقديم خدماتها الممكنة، وأن تسهل اشتراك الجمعيات الأخرى من خارج الحدود المحلية، وأن تساعدها على المشاركة الفعالة في نجاح البرنامج، وأن تحافظ على حقوق الأفراد ذوي الإعاقات، وأن تقوم بحماية تلك الحقوق وتفعيلها . أما على المستوى الإقليمي فإن الحكومة يجب أن تعمل على توفير الأخصائيين والاستشاريين اللازمين لنجاح برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع، وأن توفر لهم التدريب اللازم، وأن تقدم التمويل اللازم لنجاح البرنامج، وأن تشجع الجمعيات غير الحكومية في هذا المستوى على الاشتراك بفاعلية في البرنامج . أما على مستوى الدولة فإن الحكومة يجب أن تعمل على تحقيق التوازن فيما يتم تقديمه من برامج في المجتمعات المحلية المحلية، وما يتم توفيره من أخصائيين في كل منها، وما تقدمه لهم من تمويل، وما تشجعهم من

جمعيات وهيئات على المساهمة في تلك البرامج، وأن تسن القوانين التي تعمل على تنسيق الجهود، وتكفل تحقيق الأهداف المرجوة . كما ينبغي أن تتولى عمليات الإشراف والمتابعة والتقييم المستمر للعمل في المستويات الأخرى حتى يتحقق النجاح لبرنامج التأهيل المستخدم في أي مجتمع محلي .

خامساً : الجمعيات والهيئات غير الحكومية

من الجدير بالذكر أن المجتمعات المختلفة تشهد وجود العديد من الجمعيات والهيئات غير الحكومية *non- governmental organizations NGOs* التي يمكن أن تلعب دوراً هاماً وبارزاً في هذا المضمار، ومن هذه الجمعيات والهيئات نجد تلك الجمعيات الخاصة بالأفراد ذوي الإعاقات أنفسهم . ويمكن أن تعمل مثل هذه الجمعيات في الأساس على توفير المصادر اللازمة للبرنامج، وتقديم المهارات المطلوبة لتسهيل إعداد الأنشطة المتضمنة في البرامج المختلفة وتنفيذها وخاصة في المناطق التي لا تتوفر فيها الكوادر المطلوبة لتنفيذ البرنامج ونجاحه .

ومن المعروف أن بعض هذه الجمعيات والهيئات توجد على المستوى المحلي وبالتالي فإنها يجب أن تسهم بدور فعال في نجاح برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع حيث يجب أن تشارك كل الجمعيات الموجودة على المستوى المحلي أو غالبيتها على الأقل في البرنامج مع ضمان تحقيق التنسيق بين جهودها . كما أن البعض الآخر من تلك الجمعيات والهيئات توجد على المستوى الإقليمي المركزي في حين يوجد عدد آخر منها على المستوى القومي كالهيئات القومية المختلفة التي تعمل في هذا القطاع، أما البعض الآخر من تلك الجمعيات والهيئات فيوجد على المستوى الدولي ويمكن أن يتولى تقديم التمويل اللازم للبرامج المختلفة في أي دولة من دول العالم فضلاً عن الإشراف عليها، وتوفير جانب من الخبرات وهو ما نلمسه بوضوح في وقتنا الراهن .

ويمكن أن تعمل مثل هذه الجمعيات على تطوير صيغ جديدة من التأهيل المرتكز على المجتمع، وأن تتولى تنفيذها والإنفاق عليها، أو المساهمة الجادة في ذلك . كما أن بوسعها أيضاً أن توفر وتقدم التدريب اللازم لموظفي الحكومة، والمشاركين في برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع، والأفراد ذوي الإعاقات،

وأسر هؤلاء الأفراد، بل وأعضاء المجتمع بشكل عام . ويمكن أن تلعب تلك الجمعيات دوراً هاماً وحيوياً في إعداد أعضاء المجتمع لكي يصيروا قادة في برامج التأهيل المرتكز على المجتمع . وفضلاً عن ذلك يمكن أن تعمل تلك الجمعيات على تقديم خدمات الرعاية على المدى الطويل للأفراد ذوي الإعاقات، بل وأسرهم في بعض الأحيان، وأن توفر أو تقوم بإنشاء وحدات تعمل على تقديم مثل هذه الرعاية وخاصة للأفراد ذوي الإعاقات الذين لا يكون بوسع أسرهم لأي سبب من الأسباب أن تقوم بتوفير الرعاية اللازمة لهم .

سادساً : الأخصائيون والاستشاريون

من الجدير بالذكر أن هناك العديد من المتخصصين أو الأخصائيين الذين يشاركون في هذا البرنامج التأهيلي المجتمعي، والذين يقومون بدور حيوي في سبيل نجاحه . ويمكن أن يضم أي برنامج أخصائيين مختلفين، واستشاريين ممن تتوفر فيهم الخبرة والدراية والمعارف اللازمة بما يسهم في تطوير البرنامج، وتسهيل تطوره، ويعمل على تحقيق النجاح اللازم . ويمكن أن نوضح ذلك كما يلي:

الأخصائيون *professionals*

عادة ما يكون الأخصائيون في وضع يسمح لهم بتطوير وإعداد برامج جديدة، أو حتى صيغ جديدة من تلك البرامج وذلك استغلالاً لمعارفهم، وخبراتهم، ومهاراتهم وخاصة مهاراتهم في الاقتراب من أعضاء المجتمع، والتعامل معهم، ومع العاملين في برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع أو المتطوعين للعمل في هذا البرنامج . ومن هؤلاء الأخصائيين المدربون والمعلمون حيث عادة ما يكون لهم تأثيرهم الإيجابي في البرنامج من خلال التقرب من الآخرين، والتواجد بينهم، والوصول إليهم بسهولة وقت الحاجة إليهم . كذلك فهم يعملون على ضمان توفير الخدمات اللازمة، وتقديمها لمن يعد في حاجة إليها، والعمل على إكساب الأفراد ذوي الإعاقات المهارات التي تساعدهم على العيش في مجتمعهم المحلي، وتنميتها، وتعديل سلوكهم بالشكل المطلوب .

وإلى جانب هؤلاء الأخصائيين يشير فينخنفلوجيل (٢٠٠٤) Finkenflugel إلى أن هناك الأطباء، وأخصائيي العلوم الطبية المساعدة كالتمريض، والأخصائيين الاجتماعيين، والأخصائيين النفسيين، وغيرهم . وعادة ما نجد هؤلاء الأخصائيين في المستويات الثلاثة المعهودة أي المستوى المحلي، والإقليمي المركزي، والقومي مع الفارق بين الخدمات التي يمكن أن يقدمها كل منهم سواء في المستشفيات، أو المراكز الطبية المختلفة، أو العيادات، أو في المؤسسات الأخرى في تلك المجتمعات . ويمكنهم أن يقوموا بإجراء الكشف الطبي على الحالات، ووصف الأدوية، وإجراء العمليات الجراحية، وتقديم الخدمات النفسية المختلفة، والقيام بالتدخلات المختلفة والمطلوبة، ثم إعادة التأهيل في المجتمع، وتقديم الرعاية الطبية والنفسية اللازمة .

ومن جهة أخرى فإن المدربين كما يرى توكوبونج (١٩٩٩) Taukobong وتورمساني وآخرون (٢٠٠٢) Turmusani et al. يمكنهم أن يقوموا في الأساس كغيرهم من الأخصائيين بالعمل في مراكز الإحالة سواء على مستوى القرية أو المركز والمحافظة وذلك في مجالات التربية، أو الصحة، أو التدريب المهني حيث يقومون بالتدريب على تقديم الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقات، والإشراف على تدريبهم وتعليمهم، أو تقديم الخدمات المختلفة لهم . وعلى هذا الأساس يصير من الضروري أن يكون هناك ممرضون، وأخصائيون في العلاج الطبيعي، *physiotherapists* وأخصائيون في العلاج الوظيفي، *functional therapists* وأخصائيون اجتماعيون، ومعلمون، ومدربون مهنيون.

الاستشاريون *advisors*

يشير أولتمان وفيليجاز (٢٠٠٤) Aultman& Villegas إلى أن الاستشاري هو ذلك الشخص الذي يتولى القيام بعملية الإشراف على عدد من المدربين ممن يتولون مسئولية تدريب الأفراد ذوي الإعاقات على المهارات والأنشطة المطلوبة، ويقوم بتقديم النصح والمشورة اللازمة لأي عضو في الفريق المشارك في برنامج التأهيل فضلاً عن تقديم النصيحة والمشورة لأي عضو من المدربين أو المتدربين في المجتمع المحلي . ويجب أن يتسم المشرف بمجموعة من السمات المهنية إلى جانب مجموعة أخرى من السمات الشخصية وذلك على النحو التالي :

(١) السمات المهنية :

من الضروري أن يتسم المشرف بمجموعة من السمات المهنية التي يمكن لها أن تساعده على تحقيق النجاح في ما يتم إسناده إليه من أعمال في إطار برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع . ومن أهم تلك السمات ما يلي :

١- الحصول على شهادة علمية في العلاج الوظيفي أو العلاج الطبيعي .
٢- أن تكون لديه خبرة في أعمال مشابهة لمدة لا تقل عن خمس سنوات .
٣- أن تكون لديه خبرة تتعلق بالعمل في المرحلة الافتتاحية من برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع .
٤- أن تكون لديه الخبرة اللازمة للعمل في المناطق الريفية على وجه التحديد، أما إذا عمل في مناطق حضرية فتكون لديه الخبرة للعمل في مناطق مشابهة .
٥- أن تكون لديه الخبرة الكافية للتعامل مع الأفراد ذوي الإعاقات .
٦- أن تكون لديه الخبرة اللازمة للتعاون مع شركاء آخرين من مؤسسات أخرى .
٧- أن تكون لديه القدرة على العمل الاستراتيجي .
٨- أن يكون قادراً على العمل بدبلوماسية .
٩- أن تكون لديه المهارة اللازمة للعمل في مجال التدريب .
١٠- أن يتمكن من أداء المهام الاستشارية بقدر كبير من الكفاءة .
١١- أن يتمكن من المساهمة بفعالية في تنمية المجتمع المحلي .
١٢- أن يتمتع بمستوى مناسب من المهارات التخطيطية والتنظيمية .

(٢) السمات الشخصية

وفضلاً عن ذلك فإن الاستشاري الذي يعمل في مجال التأهيل المرتكز على المجتمع يجب أن يتسم بمجموعة من السمات الشخصية حتى يتمكن من أداء دوره على الوجه الأكمل الذي ينتظره منه أفراد المجتمع والعاملون في هذا البرنامج وذلك حتى تتحقق الأهداف المنشودة . ومن أهم السمات الشخصية المطلوبة ما يلي:

١- أن يتسم بالقوة والصلابة النفسية .
٢- أن يتمكن من التأقلم حتى مع أصعب البيئات الاجتماعية والسياسية التي تتسم بفظاظتها وظروفها غير المواتية .
٣- أن يكون قادراً على التكيف مع السياقات الثقافية المختلفة .
٤- أن يكون هادئ الطبع .
٥- أن يتسم بحسن الخلق .
٦- أن يتمكن من السيطرة على انفعالاته .
٧- أن يتسم بالصبر .
٨- أن يكون ديناميآً .
٩- أن يتمتع بمهارات تدريس جيدة .
١٠- أن يعمل تحت رئاسة وتوجيه مدير للمشروع من المجتمع المحلي .
١١- أن يجيد العمل الجماعي تحت إشراف منسق المشروع . *co- ordinator*
١٢- ألا يقل عمره عن خمس وثلاثين عاماً .

المهام التي يضطلع بها الاستشاري

مما لا شك فيه أن هناك العديد من المهام التي يقوم بها الاستشاري في برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع والتي يتوقف نجاحه في أدائها بدرجة كبيرة على ما يتمتع به من سمات سواء على المستوى الشخصي أو المهني . ومن أهمها ما يلي :
١- المساهمة في تحقيق ونجاح التوجهات الإستراتيجية للمجتمع المحلي من خلال تقديم النصيحة والمشورة عند الحاجة إليها .
٢- الاشتراك في وضع وتحديد إطار مرجعي معين يتم الاحتكام إليه خلال البرنامج .
٣- تحديد نسق معين لإحالة الأفراد إلى المستشفى أو إلى العيادات الصحية .
٤- العمل على إعداد وتطوير الوسائل العامة التي يمكن اللجوء إليها أو استخدامها لتحقيق أغراض معينة أثناء تنفيذ البرنامج .
٥- تقديم التدريب اللازم خلال البرنامج لأي من أفراد المجتمع بحيث يكون هو المرجع الذي يتم الاحتكام إليه في هذا الصدد .

٦- أن يكون هو آخر التوصيف الوظيفي لذلك الفريق الذي يشارك في أداء برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع والذي يضم قادة المجتمع المحلي والمدربين والمشرفين .

٧- أن يرجع إليه أي عضو من أعضاء الفريق المشارك في تقديم البرنامج التأهيلي للحصول على نصائحه ومشورته في موضوعات محددة ومشكلات تواجههم أثناء تنفيذ البرنامج .

٨- الإشراف على ما يتم تقديمه من تدريبات خلال البرنامج وذلك من قبل المدربين .

٩- المشاركة الفعالة في تطوير المجتمع المحلي وتنميته .

١٠- تنظيم الأنشطة المقدمة في البرنامج وجلسات التدريب ومشاركات المتطوعين .

١١- عقد الاجتماعات المستمرة مع اللجان المتضمنة لتقييم برنامج العمل ونمط وكيف الأداء خلاله .

١٢- تقديم الدعم اللازم للمدربين والمتدربين حتى يتم نجاح البرنامج .

سابعاً : القطاع الخاص

يمكن أن يسهم القطاع الخاص في نجاح مثل هذه البرامج عن طريق توفير الكثير من الدعم اللازم لها، وإن كانت مؤسسات القطاع الخاص تقدم ذلك طواعية في دولنا العربية فإنها تكون مجبرة للقيام بذلك في أوربا وأمريكا حيث يكون لزاماً عليها أن تقوم بهذا الدور بغرض تحقيق الفائدة للمجتمع . وكان هذا الدعم في الماضي يتم على هيئة أعمال خيرية كما يحدث الآن عندنا فكانوا يقدمون ما يرون أن الأفراد ذوي الإعاقات في حاجة إليه، أو ما يرون أنه مناسب لهم وهو الأمر الذي لم يستمر طويلاً، وانتهى به المطاف إلى التغيير وأصبحوا يعملون على توفير المصادر اللازمة لبرامج التأهيل المرتكز على المجتمع والتي أضحت بالنسبة لهم أموراً مناسبة تماماً لتقديم خدماتهم، ودعمهم المادي والعيني، كما قد يشاركوا في التدريب أيضاً . ومن هذا المنطلق أصبح القطاع الخاص *private sector* يشارك في تنمية المجتمع حيث أن وجوده في ذات المجتمع يسمح للقائمين عليه بمعرفة

حاجات المجتمع المحلي ومتطلباته، بل ومعرفة وتحديد حاجات الأفراد ذوي الإعاقات الموجودين في ذلك المجتمع، أو يمكن أن يعرفوا ذلك أيضاً من قادة المجتمع المحلي إذا كان الأمر يتضمن بعض الصعوبة في الحصول عليه .

أنشطة ومجالات عمل التأهيل المرتكز على المجتمع

مما لا شك فيه أن هناك العديد من الأنشطة التي تسود في المجتمعات المحلية المختلفة والتي تمثل الأساس الذي تنطلق منه أنشطة التأهيل المرتكز على المجتمع، وتشكل مجالات العمل التي يمكن أن يتم التطرق إليها، والانطلاق منها نحو تقديم خدمات تأهيلية ورعاية للأفراد ذوي الإعاقات في المجتمع المحلي . ومن أهم الأنشطة ومجالات العمل التي يقوم عليها التأهيل المرتكز على المجتمع ما يلي :

١- التخطيط للخدمات المطلوبة بالمشاركة مع المستفيدين من تلك الخدمات أو من ينوب عنهم حيث يعطيهم القانون الحق في ذلك .
٢- جمع البيانات المطلوبة لتحديد احتياجات الأفراد ذوي الإعاقات، وتحديد ما يتوفر في المجتمع من موارد ومصادر متنوعة ومختلفة وذلك عن طريق استخدام المسح من جهة، وأي من الأدوات الأخرى التي يمكن استخدامها في سبيل جمع البيانات التي يمكن أن تفيد في ذلك من جهة أخرى .
٣- تقديم التوعية اللازمة لأفراد المجتمع وذلك فيما يتعلق بالإعاقة، وحتمية تقديم الخدمة المطلوبة، وكيفية تقديمها، وما يمكن أن يترتب على ذلك من آثار .
٤- أنشطة الوقاية من الإعاقة والحد منها سواء كانت مثل هذه الأنشطة تتعلق بالوقاية الأولية، أو الثانوية، أو الوقاية الثالثة .
٥- الاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة المختلفة، والتعرف عليها وتحديدها حتى يسهل بعد ذلك تقديم التدخلات اللازمة .
٦- خدمات وأنشطة الرعاية الصحية المختلفة، أو حتى الإحالات أو التحويلات الطبية كي يتم الحصول على تلك الخدمات من المستويات الأعلى .

٧- تقييم قدرات ومهارات الأفراد ذوي الإعاقات، وتحديد احتياجاتهم بالشكل الذي ييسر العمل على إشباعها .
٨- وضع برامج التدخل الفردية والجماعية التي يمكن أن يتم بموجبها تعديل سلوك الأفراد ذوي الإعاقات الذين يتم تطبيقها عليهم .
٩- الأنشطة والخدمات التي تتعلق بالتدخل المبكر .
١٠- التربية المبكرة .
١١- التعليم .
١٢- الإعداد قبل المهني .
١٣- التأهيل المهني .
١٤- العمل والتشغيل .
١٥- التهيئة البيئية والمنزلية .
١٦- توفير الأجهزة التعويضية والمساعدة .
١٧- النوادي الجماعية .
١٨- الأنشطة الفنية والرياضية والترويحية .
١٩- الرحلات والمعسكرات .
٢٠- الدمج في رياض الأطفال والمدارس .
٢١- الدمج في الأنشطة والخدمات المجتمعية .
٢٢- تمكين الأفراد ذوي الإعاقات ودعم مشاركاتهم المجتمعية .
٢٣- الإحالة لمنافذ تقديم الخدمات المختلفة .
٢٤- الإرشاد والتدريب والتمكين الأسري .
٢٥- تدريب فريق العمل والمتطوعين من المجتمع المحلي .
٢٦- تفعيل استخدام الخدمات المجتمعية .
٢٧- الأنشطة الإدارية .
٢٨- خدمات المتابعة .
٢٩- خدمات التوثيق .
٣٠- أنشطة التقييم .
٣١- البحث عن مصادر التمويل وتوفيرها .
٣٢- الأنشطة التي تضمن استمرارية المشروع والبرنامج .

التخطيط لبرنامج التأهيل المرتكز على المجتمع

هناك العديد من الخطوات التي ينبغي أن تتم مراعاتها عند التخطيط لأي برنامج من برامج التأهيل المرتكز على المجتمع والتي يمكن أن تشكل في جوهرها بروتوكولاً للعمل أو خطة عمل من شأن الالتزام بها أن يوجه العمل خلال البرنامج، وأن يضمن إلى حد كبير تحقيق النجاح المنشود . وبالتالي يصير علينا عند التخطيط لبرنامج من هذا القبيل أن نسير وفق خطوات محددة يمكن اختصارها على النحو التالي :

١- تحديد المشكلة العامة التي نسعى إلى حلها من خلال البرنامج .
- نوعية حياة الأفراد ذوي الإعاقات في منطقة محلية معينة .

٢- صياغة الهدف العام الذي سوف نعمل في سبيل تحقيقه حتى نتمكن من حل تلك المشكلة .
- تحسين نوعية حياة الأفراد ذوي الإعاقات في المنطقة المحلية المحددة .

٣- التعرف على وتحديد مجموعة المشكلات التي يمكن أن تكون قد أدت إلى المشكلة العامة والتي غالباً ما يمكن أن يؤدي حلها إلى التغلب على تلك المشكلة .
- نقص وعي المجتمع بالإعاقة .
- انتشار الاتجاهات السلبية نحو الأفراد ذوي الإعاقات .
- عدم القدرة على الاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة .
- عدم وجود برامج للتدخل المبكر .
- عدم وجود فرص كافية للتربية المبكرة .
- عدم تقديم التعليم اللازم لتلك الحالات .

٤- تحديد الأهداف الفرعية التي ينبغي أن نعمل على تحقيقها في سبيل حل تلك المشكلات التي تسبب المشكلة العامة .
- تقديم التوعية اللازمة لأفراد المجتمع بقضية الإعاقة .
- تحسين اتجاهاتهم نحو الأفراد ذوي الإعاقات .
- إعداد المتخصصين في الاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة، وتوفير الأدوات اللازمة .
- إعداد برامج للتدخل المبكر .

٥- صياغة أهداف محددة يؤدي تحقيقها إلى تحقق الأهداف الفرعية .

- اكتشاف (١٥) حالة إعاقة يقل عمرها عن ستة شهور لم تكن معروفة من قبل .
- تنفيذ برامج تدخل مبكر ناجحة مع عشرين طفلاً .

٦- تحديد المخرجات التي يجب الوصول إليها حتى تتحقق الأهداف الفرعية .

- إعداد فريق من أعضاء المجتمع المحلي مدرب على الاكتشاف المبكر للإعاقات .
- توفير أدوات مناسبة للاكتشاف المبكر .
- وضع نظام عمل محكم للاكتشاف والتسجيل .

٧- تحديد الأنشطة اللازمة للوصول إلى تلك المخرجات المتوقعة .

- تدريب الفريق المحلي .
- توفير الأدوات اللازمة للاكتشاف المبكر للحالات .
- وضع وتنفيذ ومتابعة نسق الاكتشاف والتسجيل .

٨- تحديد المدخلات المطلوبة لتنفيذ الأنشطة .

- الوقت والجهد اللازم للتدريب .
- تنسيق وتنظيم التدريب .
- الفريق الذي سيتم تدريبه .
- المدربون .
- المنهج التدريبي .
- مكان التدريب .
- أدوات التدريب .
- الموازنة المطلوبة .

٩- تحديد الإطار الزمني للأنشطة .

- عدد الأيام اللازمة للتدريب .
- متى سيتم تنفيذه .

١٠- تحديد النتائج المتوقعة .

- كم متدرباً سوف يكملون التدريب .
- كيف ستكون كفاءة أدائهم .

١١- تحديد المؤشرات المقبولة للنجاح .

- أي نسبة من النتائج هي التي نعدها نجاحاً .

١٢- تحديد طريقة أو أسلوب المتابعة .

- التقارير ومواعيدها .
- زيارات المتابعة .
- المؤشرات .

١٣- تحديد أسلوب التقييم .

- التقييم الذاتي .
- التقييم الخارجي .
- التقييم في منتصف المشروع .
- التقييم النهائي .

١٤- تحديد وجمع الموازنات اللازمة للأنشطة، والبنود الأخرى للموازنة .

١٥- تحديد الإطار الزمني العام للبرنامج .

تجربة مصر في التأهيل المرتكز على المجتمع

في الواقع لم تكن مصر ككثير غيرها من دول أفريقيا بعيدة عن هذا الاتجاه الحديث والمباشر في التأهيل والذي يتناسب مع كثير مع الدول النامية حيث شهدت العديد من التجارب الحية التي لا تزال تشهدها العديد من محافظاتها حتى وقتنا الراهن . وقد دخل التأهيل المرتكز على المجتمع مصر لأول مرة في منتصف الثمانينيات من خلال مشروع تدريبي مشترك بين منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة ممثلة في معهد شلل الأطفال الذي تحول اسمه بعد ذلك إلى المعهد القومي للجهاز الحركي، أما أول مشروع فعلي لهذا الأسلوب التأهيلي فقد بدأ بحي العمرانية في محافظة الجيزة وذلك من خلال مركز سيتي في أوائل التسعينيات من القرن الماضي . وكانت محافظة الشرقية في طليعة المحافظات التي قامت بتطبيق التأهيل المرتكز على المجتمع في بعض قراها إذ حدث تعاون بين هيئة الجايكا اليابانية ووزارة التضامن الاجتماعي على القيام بتجربة تأهيلية من هذا القبيل تشهدها قرية صافور مركز ديرب نجم بمحافظة الشرقية . وقامت جمعية التأهيل

الاجتماعي للمعوقين بمحافظة الشرقية (ومقرها الرئيسي مدينة الزقازيق عاصمة الإقليم) والتي وصل عدد فروعها إلى أحد عشر فرعاً (الزقازيق ــ مركز الزقازيق ــ فاقوس ــ كفر صقر ــ بلبيس ــ الإبراهيمية ــ ديرب نجم ــ منيا القمح ــ أبوحماد ــ أبوكبير ــ مشتول السوق) بتجربة وفق هذا الاتجاه تشهدها قرية صفط زريق مركز ديرب نجم بمحافظة الشرقية، ثم توسعت عليها بعد نجاح تلك التجربة لتبدأ تجارب جديدة في بعض القرى التابعة لمكاتبها الكائنة بمراكز المحافظة فنقلت التجربة إلى مكاتبها في بعض مراكز المحافظة هي مراكز فاقوس، وكفر صقر، وبلبيس (قرية الجوسق)، وأبوكبير (قرية الرحمانية) وهو ما يعد في واقع الأمر امتداداً للتجربة الأصلية التي لا تزال تشهدها قرية صفط زريق، كما تأمل الجمعية في نقل التجربة ذاتها إلى مكاتبها الأخرى حال نجاحها في المكاتب الجديدة على أن يتم تنفيذها تدريجياً حتى تتمكن من تحقيق أهدافها .

وإلى جانب محافظة الشرقية هناك محافظات أخرى في مصر شهدت تجارب مماثلة حيث قام مركز سيتي بالنصيب الأكبر في تلك التجارب إذ قام بتنفيذ تجربة في حي باب الشعرية بالقاهرة، وفي القاهرة الكبرى وعلى وجه التحديد في شبرا الخيمة، ثم قامت جمعية كاريتاس مصر بالتعاون مع جمعية بلان بتنفيذ تجربة أخرى في الجيزة . كذلك فقد شهدت الإسكندرية تجربة مماثلة وذلك في العامرية شاركت فيها جمعية التأهيل الاجتماعي بالإسكندرية بالاشتراك مع مركز سيتي-كاريتاس مصر . كما شهدت قنا أيضاً تجربة أخرى شاركت فيها جمعية التأهيل الاجتماعي بقنا بالتعاون مع جمعية التنمية الصحية والبيئية، وقد بدأ أخيراً تطبيق هذا الأسلوب التأهيلي المجتمعي في محافظة دمياط على البحر المتوسط في شمال مصر .

وفي التجربة التي قامت بها جمعية التأهيل الاجتماعي للمعوقين بمحافظة الشرقية في قرية صفط زريق مركز ديرب نجم يشير محمد رأفت حسين (٢٠٠٥) إلى أن المشروع تم في خطوات بدأت الخطوة الأولى بالتقييم الذاتي للأوضاع المختلفة في المستويات الثلاثة للتأهيل المرتكز على المجتمع، ثم شهدت الخطوة الثانية استطلاع واستكشاف للأمر وهل هناك ظاهرة أم أن الأمر لا يعدو أن يكون مجرد حالات فردية، وتم التعرف على أنواع الإعاقات الموجودة، وأماكن

تواجدها، وتحديد الخدمات الحكومية وغير الحكومية المتوفرة، والبيئة، والقيادات المحلية سواء الشعبية أو التنفيذية إلى جانب المتطوعين، والمؤسسات المتوفرة سواء الرسمية أو غير الرسمية كالمدارس، والمستشفيات، والجمعيات، ودور العبادة، وتفحص طرق المواصلات والاتصالات، والأماكن التي تصلح للتنفيذ إلى جانب عادات المجتمع وتقاليده، ومدى الاستعداد لتنفيذ المشروع .

وشهدت الخطوة الثالثة الإعداد والذي تضمن الجو النفسي، وتوضيح المفاهيم، والتوعية، والإعلان، والمكان اللازم، والأدوات، والخدمات العاجلة، والفريق المحلي . أما الخطوة الرابعة فقد تضمنت المشاركة والعمل والتفاعل، وتضمنت تدريب فريق العمل والمتطوعين والأمهات، والزيارات المنزلية، والتوعية الجماهيرية، والنادي الأسبوعي، والتدريب الفردي، والفصول التعليمية، والتأهيل المهني، والإحالة وتسهيل الحصول على الخدمات من الجهات المختلفة، والأنشطة الترويحية والهادفة، والمعسكرات والرحلات والزيارات . وشهدت الخطوة الخامسة المتابعة والتقييم والذي إن كان يتم بصفة مستمرة ودورية وذلك في كل خطوة من تلك الخطوات السابقة، وعقب كل نشاط يتم القيام به فإنه يتم إلى جانب ذلك في نهاية البرنامج وذلك حتى يتسنى للقائمين عليه تحديد الإيجابيات والسلبيات، وبيان مدى ما حققه البرنامج من نجاح .

وقد تبلورت الشراكة الشرعية في هذا البرنامج في ثلاث جهات تمثل المستويات الثلاثة للعمل خلال برامج التأهيل المرتكز على المجتمع كما أشرنا من قبل، وقد تمثلت هذه الجهات الثلاث في كل من :

١ - جمعية التأهيل الاجتماعي للمعوقين بالشرقية .

٢- مديرية الشئون الاجتماعية بالشرقية .

٣- مركز سيتي للتدريب والدراسات في الإعاقة الذهنية بالقاهرة .

أما عن اختيار القرية المعنية فقد جاء لعدة اعتبارات من أهمها تعداد السكان، ونسبة تواجد ظاهرة الإعاقة بها، والموارد المتوفرة بها من حيث المكان والمدربين والمتطوعين والفئة المستهدفة، وبعد القرية نسبياً عن العاصمة، وتوافر بعض الورش والصناعات الحرفية إلى جانب الزراعة، ووجودها بالقرب من العديد من القرى الصغيرة التي تكاد تكون محرومة من الخدمات . وقبل توقيع البروتوكول تم

الإعلان عن المشروع، والقيام بالتوعية المطلوبة لأفراد المجتمع المعنيين، وتم تحديد الحاجات المطلوبة، ورصد الموارد، وقبول المتطوعين المتنوعين، والأخصائيين، ورجال الدين، والرائدات، كما تم حصر وتسجيل عدد ٣٧ أسرة ممن لديهم أطفال ذوي إعاقات وتقدموا للاشتراك في البرنامج . وتم تحديد الأنشطة والمهارات الفنية التي يتضمنها البرنامج . وفي ضوء ذلك تم تنفيذ العديد من العمليات اللازمة للبرنامج على النحو التالي :

١- عدد ١٣ يوماً تدريبياً للأهالي .
٢- عدد ١١ يوماً تدريبياً للعاملين .
٣- عدد ٥٠ زيارة للتطبيق .
٤- عدد ثلاث منح تدريب فردي موجه لمدة ٢٤ يوماً تدريبياً كاملاً يتضمن ست ساعات للدراسة النظرية والعملية وذلك بقسم التأهيل المرتكز على المجتمع بمركز سيتي بمدينة القاهرة .
٥- دعم رحلة استغرقت يوماً واحداً للعاملين بالبرنامج .
٦- دعم رحلة استغرقت يوماً واحداً للأهالي .
٧- دعم معسكر .
٨- أدوات تقييم .
٩- عدد ثلاث زيارات متابعة .
١٠- عدد ثلاث زيارات استشارية .

ومن جهة أخرى فقد تضمنت الأنشطة التي ضمها البرنامج أربع مجموعات هي أنشطة التأهيل، وأنشطة التدريب، وأنشطة التوعية، وأنشطة ترويحية . وتضمنت أنشطة التأهيل التدريب على المهارات التكيفية وذلك في الفصول، والنادي إلى جانب التأهيل المهني، والزيارات المنزلية . وتضمن التدريب المجال المعرفي، والمجال الاجتماعي، والمجال الحركي، والمجال اللغوي، ومجال رعاية الذات . وتضمنت أنشطة التدريب خلال البرنامج تحسين القدرات، والقيام بالأنشطة المتضمنة في البرنامج، وإعداد الأدوات الخاصة بمشروع التأهيل وذلك من تلك الخامات التي تتوفر في المجتمع المحلي، بينما تضمنت أنشطة التوعية تهيئة المجتمع لقبول المشروع، واستخدام موارد المجتمع لضمان الاستمرار،

والوقايـة والاكتشاف والتـدخل المبكـر وذلـك مـن خـلال النـدوات، والحفـلات، والرحلات، والمعسكرات، واللقاءات المختلفة في أماكن التجمعات . أما الأنشطة الترويحية فكانت تتم في النادي وفي ظاهرها اللعب، بينما كانت تحمل في باطنها التدريب . كما كانت تتم أيضاً من خلال الرحلات، والحفلات، والمعسكرات .

وكان من أهم ما ترتب على هذا المشروع زيادة أعداد المتطوعين، وزيادة الوعي المجتمعي، والقيام بزيارات للمشروع من قبل الآخرين داخلياً من بعض المحافظات في مصر، وخارجياً من قبل وفود من الدول العربية مثل سوريا، ولبنان، وفلسطين، وتونس، ومن الدول الأجنبية مثل فرنسا، والبرتغال، واليابان فضلاً عن زيارات فردية للتدريب من عديد من الدول العربية والأوربية . وقد أغرى هذا النجاح أعضاء مجلس إدارة جمعية التأهيل الاجتماعي للمعوقين بالشرقية على نقل تلك التجربة إلى قرى أخرى تابعة لمراكز أخرى في المحافظة ذاتها وتتبع لمكاتب الجمعية هناك كما أوضحنا من قبل على أمل أن يتم تطبيق التجربة ذاتها في كل المكاتب الأحد عشر التابعة للجمعية والمنتشرة في مراكز محافظة الشرقية .

* * *

مراجع الفصل الخامس

عبدالحميد يوسف كمال (٢٠٠٣) . التأهيل المرتكز على المجتمع : منهج معاصر لرعاية وتأهيل وتشغيل المعوقين . **ورقة عمل مقدمة إلى الندوة القومية التي نظمتها منظمة العمل العربية بالتعاون مع اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين في جمهورية مصر العربية بعنوان " نحو مزيد من الحماية الاجتماعية لحق المعوقين في العمل " .** القاهرة : اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين في جمهورية مصر العربية، ٢- ١٢/٤ .

علاء سبيع، وأحمد صلاح الدين أبوالحسن، وداليا الطوخي حمادة، وسحر منصور، ومها غازي، وآخرون (٢٠٠٩) . **واقع استفادة الأطفال ذوي الإعاقة من الخدمات القائمة .** القاهرة : وزارة التضامن الاجتماعي .

محمد رأفت حسين (٢٠٠٥) . التأهيل المرتكز على المجتمع : تجربة رائدة لتأهيل مرتكز على مجتمع ريفي في الدلتا . **المؤتمر العلمي الأول لجمعية التأهيل الاجتماعي للمعوقين بالشرقية** . الزقازيق ٢٢- ٢٤/ ٨ .

Aultman, J.,& Villegas, E. (2004). Ethical and social dilemmas surrounding community- based rehabilitation in Costa Rica. *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 8, 338- 348.

Baolin, C.,& Huang, G. (1999). Primary health care and Community-based rehabilitation in the People's Republic of China. *Disability and Rehabilitation,* 21(10-11), 479- 483.

Bischoff, R., Thorburn, M.,& Reitmaier, P. (1996). Neighbourhood support to families with a disabled child: Observations on a coping strategy of caregivers in a Jamaican community-based rehabilitation programme. *Child: Care, Health and Development,* 22(6), 397-410.

Boyce, W., Broers, T.,& Paterson, J. (2001). CBR and disability indicators. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal,* 12(1), 3- 21.

Brodin, J.,& Molosiwa, S. (2000). Support for families with children with mental retardation in Botswana, Southern Africa. *International Journal of Rehabilitation Research,* 23, 163-167.

Cornielje, H., Nicholls, P.,& Velema, J. (2002). Avoiding misperceptions: Classifying rehabilitation project using letters rather than numbers. *Leprosy review,* 73, 47-51.

Deetlefs, L. (1995). The establishment of a CBR service and training program in Alexandra, South Africa. *Action Aid Disability News,* 6(1), 16- 17.

Eldar, R. (2000). Integrated institution–community rehabilitation in developed countries: A proposal. *Disability and Rehabilitation,* 22(6), 266- 274.

Finkenflugel, H. (2004). *Stakeholders` influences in community- based rehabilitation.* Unpublished Ph. D. Dissertation, Rotterdam: Vrije Universiteit.

Georgievski, A. (2000). Rehabilitation in the community. *International Journal of Rehabilitation Research,*23(1), 1- 6.

Gregory, R. J. (2001). Community based service delivery: Power and pathology or social rehabilitation is still a 'commie plot'. *Disability and Rehabilitation,* 23(1), 22-25.

Inthirat, T.,& Thonglith, S. (1999). Community-based rehabilitation in the Lao People's Democratic Republic. *Disability and Rehabilitation,* 21(10-11), 469-473.

Kendall, E., Buys, N.,& Larner, J. (2000). Community-based service delivery in rehabilitation: The promise and the paradox. *Disability and Rehabilitation,* 22(10), 435-445.

Kwok, J. (1995). The role of the family in disability concerned policies and services: Challenges for community based rehabilitation in the Asian and pacific decade of disabled persons, 1993-2002 *International Journal of Rehabilitation Research,* 18 (4), 351- 356.

Lysack, C.,& Kaufert, J. (1994). Comparing the origins and ideologies of the independent movement and community- based rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research,* 17 (3), 231- 240.

MacDonell, C.,& Ervin, E. (2003). Interdisciplinary pain rehabilitation programs: An update from CARF. *APS Bulletin,* 13 (2), 255- 257.

McColl, M.,& Paterson, J. (1997). A descriptive framework for community-based rehabilitation. *Canadian Journal of Rehabilitation,* 10 (4), 297-306.

Pal, D., Chaudhury, G., Sengupta, S.,& Das, T. (2002). Social integration of children with epilepsy in rural India. *Social Science and Medicine,* 54 (12), 1867-1874.

Sharma, M.,& Deepak, S. (2001). A participatory evaluation of community-based rehabilitation programme in North Central Vietnam. *Disability and Rehabilitation,* 23 (8), 352-358.

Taukobong, N. (1999). The role of the community based rehabilitation worker within the primary health care service of the Odi district. *South African Journal of Physiotherapy,* 55(1), 19-22.

Turmusani, M., Vreede, A.,& Wirz, S. (2002). Some ethical issues in community-based rehabilitation initiatives in developing countries. *Disability and Rehabilitation,* 24(10), 558- 564.

Valdez, L.,& Mitchell, R. (1999). Community-based rehabilitation: A development programme in Negros occidental. *Disability and Rehabilitation,* 21 (10-11), 495- 590.

Wirz S.,& Thomas, M. (2002). Evaluation of community-based rehabilitation programmes: A search for appropriate indicators. *International Journal of Rehabilitation Research,* 25, 163-171.

World Health Organization WHO. (2003). *International consultation to review community- based rehabilitation.* A global consultation to review the state of CBR, Helsinki: May 25- 28.

World Health Organization WHO. (2009). *Community- based rehabilitation CBR.* Geneva: WHO.

Zinkin, P.,& Morley, D. (1993). A university's response to the need for community-based rehabilitation. *Tropical and Geographical Medicine,* 45(5), 2422- 246.

* * *

فهرس



قضايا معاصرة فى التربية الخاصة

يتناول هذا الكتاب خمساً من أهم وأحدث القضايا التي نعايشها في الوقت الراهن والتي يشهدها مجال ذوي الإعاقات . فيعرض الفصل الأول لاستخدام التكنولوجيا الحديثة مع الأفراد ذوي الإعاقات وذلك وفقاً لمحاور معينة تتمثل من وجهة نظرنا في التشخيص (محور التشخيص والتقييم)، وغرف المصادر (محور المدرسة والتعليم) إلى جانب التكنولوجيا المساعدة (محور ميادين الحياة المختلفة بصفة عامة) . ويتناول الفصل الثاني الاضطرابات الكروموزومية والإعاقة العقلية من خلال ما يتعلق بقضايا التشخيص، والتقييم، وعرض البروفيل المميز لكل اضطراب كروموزومي من الاضطرابات الأربعة المعروضة وهي متلازمة أعراض داون، ومتلازمة وليامز، ومتلازمة الكروموزوم X الهش، ومتلازمة برادر- ويلي . ثم أخيراً التدخل المبكر . ويتناول الفصل الثالث قضية دمج الطلاب ذوي الإعاقات مع أقرانهم غير المعوقين في مدارس التعليم العام في ضوء الشروط والمتطلبات اللازمة لنجاح هذه العملية مع إبراز دور وسائل الإعلام في هذا الصدد . ومن وجهة نظرنا هناك عشرة متطلبات لذلك يعرض لها الفصل بالتفصيل . ويتناول الكتاب في فصله الرابع قضية خطيرة وغاية في الأهمية هي قضية زواج الأفراد ذوي الإعاقات سواء من داخل وسط الإعاقات بشكل عام أو من خارجه . وتم عرض بروفيل لكل فئة من فئات الإعاقة وفقاً لشروط ومتطلبات الزواج الناجح وهو ما يمكن أن يساعد متخذي القرارات في هذا الإطار . ويعرض الفصل الأخير لقضية هامة ... الاتجاهات التي برزت على السطح في موضوع تأهيل الأفراد ذوي الإعاقات و... التي تتمثل في التأهيل المرتكز على المجتمع والذي يعتمد على دمجهم في مجتم... ويساعدهم على المشاركة الفعالة في شئون تلك المجتمعات . ويناسب هذا الات... النامية التي لا تتوفر فيها الإمكانات المادية التي تحظى بها الدول المتقدمة . وم... يصبح لا غنى عن هذا الكتاب لكل من يتعامل مع هؤلاء الأفراد إذ يمكن أن يس... الدعم اللازم لهم، ودمجهم في المجتمع .

المؤلـف






9 789773 641252

